附件2：

2020年盱眙县卫生健康委员会公开招聘疾病预防控制中心工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名序号： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民族 | |  | 籍 贯 | |  | 照片 | |
| 出 生  年 月 |  | 本人身份 |  | | 党派 | |  | 参加工作时间 | |  |
| 学 历  （学位） |  | 何时毕业于何校何专业 | | |  | | | | | |
| 原工作 单 位 |  | | | | | | 岗位、职务(称) | |  | |
| 报 考 单 位 |  | | | | | | 报考岗 位(代码) | |  | | 健康状况 |  |
| 身份证 号 码 |  | | | | | | | 联 系 电 话 | |  | | |
| 学  习 及 工 作  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员 | 姓 名 | | | 关 系 | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |
| 报名者需要说明的事 项 | 本人已仔细阅读招聘公告、岗位表等相关资料，承诺所填写的个人信息和所提供的资料真实准确，并符合招聘岗位的要求。如果由于填写个人信息或提供资料不准确、不真实而导致不能正常参加笔试、面试或取消聘用资格等情况，则由本人承担全部责任。  报名人(签名): | | | | | | | | | | | |
| 招聘单位及主管部门审查意见 | 审核人(签名): | | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | |