附件2

**铜仁市疾病预防控制中心2020年高层次人才引进报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 民族 |  | | **近期清晰免冠二寸证件照** |
| 身份证号码 |  | | | | | 出生日期 |  | |
| 户 籍 所在地 |  | | | 现居住地 | |  | | |
| 毕业  院校 |  | | | 所学专业 | |  | | |
| 毕业时间 | |  | | 学历学位 | |  | | |
| 政治面貌 | |  | | | | | 有何特长 |  | |
| 电话号码 | |  | | | | | 电子邮箱 |  | |
| 是否满足该职位要求的其他报考条件 | | | | |  | | | | |
| 其他说明 | |  | | | | | | | |
| 报考信息确认栏 | | 以上填写信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误责任自负。   考生签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 审查意见 | | 审查人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |

**此表请以word版本进行报送**