附表2

商丘市疾病预防控制中心

2022年公开选调工作人员报名表

填表日期： 年　月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 出 生  年 月 日 | |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 学 历 |  | 学 位 | |  | | 是 否 全日制 | |  |
| 毕业院校及  专 业 |  | | | 毕业时间 | | | |  |
| 现工作单位 |  | | | 身份证号码 | | | |  | |
| 参加工作时间 |  | | | 现有专业技术职称类别及取得时间 | | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 联系电话 | | |  | | | |
| 学习及工作  简历  **（硕士以上研究生须写清第一学历情况）** |  | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 | |  | | |
| 资格复审  意　　见 | 审查人（签名）：  年　　月　　日 | | | | | | | | |

注：1、本表一式2份。2、除审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。填写时请使用正楷字体。