附件2：

|  |
| --- |
| **周口市疾病预防控制中心专科病医院****公开招聘报名登记表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 户口所在地 |  | 档案保存地点 |  |
| 身份证号 |  |
| 硕士研究生毕业院校及专业 |  | 硕士研究生毕业时间 |  |
| 本科毕业院校及专业 |  | 本科毕业时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 联系电话 |  |
| 简 历(填写高中以来学习及工作经历） |  |
| 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 |
| 应聘岗位 |  |
| 资格审查意见 |  审查人签名： |