文山市疾病预防控制中心应聘者报名表

**应聘岗位： 填表日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **出生****年月** |  | **照片张贴处** |
| **学历** |  | **政治面貌** |  | **健康状况** |  | **婚姻****状况** |  |
| **身份证号码** |  | **联系****电话** |  |
| **通讯地址** |  |
| **专业方向或特长** |  |
| **学习经历** | **起止年月** | **毕业学校** | **专业** | **学历** | **教育类型** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **工作经历** | **单位名称** | **科室/部门** | **职务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **报名人承诺** | 本人承诺∶此报名表上所填内容真实有效，如有虚假本人愿意承担由此产生的一切后果。承诺人签名∶ |