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： | | | | | | | | | |