|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  盘锦市疾病预防控制中心2020年公开招聘报名登记表 | | | | | | | | | | |
| **姓 名** | |  | **性别** |  | **出生年月** | |  | | **照片** | |
| **身份证号** | |  | | | **政治面貌** | |  | |
| **婚否** | |  | **出生地** |  | **人事档案**  **所在地** | |  | |
| **通讯地址** | |  | | | **手机** | |  | | | |
| **医师资格取得时间** | |  | | | **专业技术资格及取得时间** | |  | | | |
| **申报岗位** | | **（限报1个岗位）** | | | | | | | | |
| **学习经历** | | | **时 间** | | **毕业院校及专业** | | | **学历情况** | | **学位情况** |
| **全日制 教育** |  | |  | |  | | |  | |  |
| **在职 教育** |  | |  | |  | | |  | |  |
| **工作经历** | | | **工作单位及科室** | | | | | | | |
| **至** | | |  | | | | | | | |
| **至** | | |  | | | | | | | |
| **至** | | |  | | | | | | | |
| **荣誉及 获奖情况** |  | | | | | | | | | |
| **诚信承诺** | **本人保证以上填写内容真实有效,否则，后果自负。**  **应聘人签名：   年 月  日** | | | | **资格审查** | **审核意见：    审核人：   审核部门（盖章）：    年 月  日** | | | | |
| **注：自行A4纸打印。** | | | | | | | | | | |