|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 渭滨区2023年公开选调疾控中心工作人员报名表 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 出生年月 | | |  | | 粘贴照片 |
| 参加工作 时 间 | |  | | 民族 | |  | 政治 面貌 | | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 现工作单位 | |  | | | | | 岗位类别  及等级 | | | |  |
| 职称资格证  （级别） | |  | | | | | 专业特长 | | |  | |
| 本科学历  及学位 | |  | | | 毕业院校及专业 | | |  | | | | |
| 研究生学历  及学位 | |  | | | 毕业院校及专业 | | |  | | | | |
| 年度考核结果 | | | （考核合格以下填写） | | | | | | | | | |
| 本人简历 **（从全日制学历填起）** | | |  | | | | | | | | | |
| ***以上内容使用计算机填写，以下内容使用黑色签字笔填写*** | | | | | | | | | | | | |
| 现工作单位审核意见（注明是否同意）：  负责人签字： （单位盖章）  2023年 月 日 | | | | | | | | | 主管部门审核意见（注明是否同意）：  负责人签字： （单位盖章）  2023年 月 日 | | | |
| 所在县区组织（人社）部门审核意见（注明是否同意）：  领导签字： （单位盖章）  2023年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确，并自觉遵守此次招聘的各项规定，对因提供有关信息证件不实或违反有关规定所造成的后果，由本人承担。**  **本人签名：  2023年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| 审核结论 | 审核人签名：    年 月 日 | | | | | | | | | | | |