附件2：

 内江市疾病预防控制中心公开选调事业单位工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（岁） | （ 岁） | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 健康状况 |  |
| 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  | 婚姻情况 |  |
| 身份证号 码 |  | 联系电话 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 现工作单位职务（职称） |  | 任现职级时 间 |  |
| 取得的专业技术职称、执（职）业资格证书 |  | 报考岗位 |  |
| 现单位经费形式（全额/差额/自收自支） |  | 电子邮箱 |  |
| 本人工作简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 近三年年度考核结果 |  |
| 家庭 主要 成员 及社 会关 系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 本人郑重承诺，以上信息均为真实有效信息，因虚报或信息填报有误产生的一切后果自负。承诺人签字： 年 月 日 |
| 资格审查意见 |  年 月 日 |
| 备注 |  |