附件1

2020年选调栾川县疾病预防控制中心专业技术人员报名表

序号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月( 岁) |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 专业技术资格 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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，无不得报考情况，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  |
| 资格审查意 见 |  审查人（签名）： 年 月 日 |

注：1、本表一式2份。

2、除序号和审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。