附件2

湖北省疾病预防控制中心2024年专项公开招聘

工作人员考试报名表

#### 报考岗位名称及代码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  |  一寸照片 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 婚 否 |  |
| 学 历 | 第一学历毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 学 位 |  | 职称、执（职）业资格及获得时间 |  |
| 户籍所在地 |  | 身 份 证 号 码 |  |
| 联系电话  |  | 电子邮箱 |  |
| 个人简历 |  |
| 与报考岗位相关的其他资格条件 |  |
|  | 是否服从单位内部岗位调整： □是 □否 |
| 本人承诺 | **本人承诺：本报名表所填写的信息准确无误，填写内容真实有效，若有虚假，随时取消考试或招聘资格，所产生的一切后果由本人承担。**报考人（手写签名）： 2024年 月 日 |