**附件2:**

**海口市疾病预防控制中心公开招聘2023年应届毕业生报名登记表**

填表时间: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | | 相片 |
| 出生日期 |  | 籍 贯 | | |  | |
| 民 族 |  | 政治面貌 | | |  | |
| 身份证号 |  | | 报考单位 | | |  | |
| 考生类型 |  | | 报考岗位 | | |  | |
| 学历/学位 |  | | 所学专业 | | |  | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 | | |  | |
| 健康状况 |  | | 参加工作时间 | | |  | |
| 现工作单位 |  | | 职 称 | | |  | |
| 现居住地 |  | | 手机号码 | | |  | |
| 家庭地址  及邮政编码 |  | | | | | | |
| 个人简历  （从大学填起） |  | | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | | |
| 获取的证书及特长 |  | | | | | | |
| 考生诚信承诺  （必填） | **上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。**  本人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 资格初审意见 | （同意或不同意）  审查人签名：  年 月 日 | | | 资格复审意见 | | （符合或不符合招聘条件）  复审人签名：  年 月 日 | |