|  |
| --- |
| **厦门市疾病预防控制中心补充非在编工作人员报名表** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | | | 报名岗位 |  | | | | | | |
| 性　别 |  | | | 出生年月 |  | | | | | 相片  （2寸近期  正面免冠） | |
| 身份证号码 |  | | | | 籍贯 |  | | | |
| 政治面貌 |  | | | 民　族 |  | | | | |
| 现户口所在地 |  | | | | | | | | |
| 学　历 |  | | | 学　位 |  | | | | |
| 毕业院校 |  | | | 专　业 |  | | | | |
| 毕业时间 |  | | | 参加工作 时间 |  | | 专业技术职务任职资格 | | |  | |
| 主要简历（从高中起，何年何月至何年何月在何学校或单位学习或工作、任何职务） | 例：  xx年xx月-xx年xx月 xx大学 学习  xx年xx月-xx年xx月 xx公司 xx岗位 | | | | | | | | | | |
| **家庭主要成员** | **称谓** | **姓名** | | **户籍所在地** | **现工作单位** | | | | **现住址** | | |
|  |  | |  |  | | | |  | | |
|  |  | |  |  | | | |  | | |
|  |  | |  |  | | | |  | | |
| **考生联系信息** | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | 备用家属电话 | |  | | | 电子信箱 | | |  |
| 通信地址 |  | | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 应  聘  人  员  承  诺 | 本人确认自己符合拟报考岗位所需的资格条件，所提供的材料真实、有效，接受资格审核，贯穿招聘全过程。  如填写有误或不实，本人承诺自动放弃考试和聘用资格，并承担相应法律后果。 应聘人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |