附件2：

公开遴选县疾控中心工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月  （ ）岁 | |  | 正面免冠  彩色照片 （1寸） | |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | 出 生 地 | |  |
| 入 党  时 间 |  | | 参加工  作时间 | |  | | 健康状况 | |  |
| 专业技  术职务 |  | | | 熟悉专业  有何专长 | | |  | | |
| 身份证  号　码 |  | | | | | | 联 系 方 式 | |  | | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 | |  | | | | 毕业院校  系及专业 | |  | | |
| 在 职  教 育 | |  | | | | 毕业院校  系及专业 | |  | | |
| 现任职务 |  | | | | | | | | 编制性质 | |  |
| 主报岗位 | |  | | | 代码 |  | | 是否服  从调剂 | | |  |
| 工作简历（含学习经历） |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖惩  情况 |  | | | | |
| 近三年  年度考核结果 | 2018年 ，2019年 ，2020年 。 | | | | |
| 家庭  主要  成员  及重  要社  会关  系 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政治  面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 推荐  单位  意见 | 单位主要负责人（签字）  （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 县人社局、县卫健局资格审查意见 | 审查意见： 审核人： | | | | |