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： |