附件2

**右江区疾控中心招聘专业技术人员报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  |
| 毕业时间 |  | 专业技术职称 |  |
| 户籍所在地 |  | 家庭地址 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 | 电话： |
| 手机： |
| 报考岗位 |  |
| 本人简历 |  |
| 家庭主要成员 |  |
| 我已仔细阅读《百色市右江区疾病预防控制中心招聘工作人员的公告》在此我承诺：1、自觉遵守招考录用报名考试工作的有关政策，遵守考试纪律，不舞弊。2、真实提供本人相关的证明材料，准确填写有关信息。3、不弄虚作假，不伪造、不使用假证明、假证书。对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任。 报考人签名：年 月 日 |
| 审查意见 |  |

注：此表须如实填写、齐全。