**附件2：**

**甘孜州疾控中心2025年公开招聘医疗卫生辅助岗人员**

**报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | | **性别** |  | **民族** | |  | | **照**  **片** |
| **户籍地** | |  | | **政治面貌** |  | | | | |
| **毕业院校** | | |  | | | | | | |
| **所学专业**  **毕业时间** | | |  | | **学历**  **学位** | |  | | |
| **身份证号码** | | |  | | **联系电话** | | | |  | |
| **报名岗位** | | |  | | | | | | | |
| **已取得资格证书** | | | |  | | | | | | |
| **通讯地址** | | | |  | | | | | | |
| **个**  **人**  **简**  **历** |  | | | | | | | | | |
| **家庭成员情况（直系亲属及需要回避的情况）** |  | | | | | | | | | |
| **个**  **人**  **承**  **诺** | **1、上述填写内容如有不实本人愿承担一切责任。**  **2.本人已仔细阅读《康定市2025年度公开招聘社区工作者公告甘孜州疾病预防控制中心****2025年公开招聘医疗卫生辅助岗人员的公告》，知晓其内容，报考条件，招聘程序及相关要求；本人提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确；能自觉遵守人事考试相关规定，诚实守信，认真履行应聘人员的义务。**    **承诺人签名：**    **年　　月　　日** | | | | | | | | | |
| **报名资格审核情况** | | | | **年　　月　　日** | | | | | | |