**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** |