附表2

[湖州市疾病预防中心2020年卫生高层次人才招聘报名表](http://www.hzhr.com/upload/file/20190524/20190524165649_5605.docx)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 报考岗位 |  |  贴照片处　 |
| 民 族 | 　 | 性 别 |  | 出生年月 | 　 |
| 政治面貌 | 　 | 毕业院校 | 本 科 |  | 专业 |  |
| 婚姻状况 |  | 研究生 |  |  |
| 学 历 |  | 是否应届生 | 是 |  | 生源所在地 |  |
| 否 |  |
| 是否取得专业技术职称 |  | 职称证书名称及等级 | 　 | 现工作单位 |  |
| 家庭地址 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 学习工作经历（从高中填起） |
| 起止年月 | 工作（学习）单位 | 职业职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。**  **确认签字（请手写）： 年 月 日**　 |
| 资格审查初审意见 | 签名： 年　月　日 | 资格审查复审意见 | 签名： 年　月　日 |