附件2

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | 户籍 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 身份证号 |  |
| 是否退役军人 |  | 退役时间 |  | 联系方式 |  |
| 身体条件 | 身高 |  | 体重 |  | 有无传染疾病 |  |
| 裸眼视力 |  | 矫正视力 |  | 有无色盲/口吃 |  |
| 申报岗位 |  | 是否服从调剂 |  |
| 家庭详细地址 |  |
| 工作及学习经历 |  |
| 家庭主要成员 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报考人员承诺 | 本人承诺以上情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。  本人签字： 年 月 日  |