附件

资阳高新区药品医疗器械申报服务中心

考核招聘专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生  年 月 | （ 岁） | | | 二寸近期免冠照 片 |
| 民 族 |  | 户口所  在地 |  | 政治  面貌 |  | | |
| 参加工作时间 |  | 健康状况 |  | 婚否 |  | | |
| 身份证  号 码 |  | | | 联系电话（务必准确） | |  | | |
| 学历学位 | 学 历 |  | 证书编号 | 毕业证书编号 | | |  | |
| 学 位 |  | 学位证书编号 | | |  | |
| 毕业院校系及专业 |  | | 毕业时间 |  | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | E-mail | | |  |
| 现（原）工作单位 |  | | | | 工作职务 | | |  |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 奖 惩  情 况 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人特长  兴趣爱好 |  | | | | | |
| 家 庭  主 要  成 员  及 主  要 社  会 关  系 | 称 谓 | 姓 名 | 年 龄 | 政治面貌 | 是否有  回避关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 单 位  或 主  管 部  门 意  见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 资 格  审 查  意 见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 | 本人声明：上述填写内容真实完整。如不属实，本人愿承担一切责任。  签名： 年 月 日 | | | | | |