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 |