基础医学与公共卫生学院

下属专业技术机构负责人岗位报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 出生日期 |  |
| 国 籍 | |  | | 民 族 | |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 | |  | | 工作时间 | |  | 职 称 |  |
| 学历学位 | |  | | 毕业学校 | |  | 所学专业 |  |
| 联系方式 | | 手 机 |  | | E-mail | |  | |
| 现工作单位及职务 | |  | | | | | | |
| 应聘岗位 | |  | | | | | | |
| 学习简历 | 入学时间 / 毕业时间 / 学校 / 专业 / 学历 / 学位 | | | | | | | |
| 工作简历 | 开始时间 / 截止时间 / 单位 / 职务 / 行政级别 / 业务职称 | | | | | | | |
| 学术和社会兼职情况 |  | | | | | | | |
| 近五年主要  工作业绩 |  | | | | | | | |
| 对申报岗位的工作认识与设想 |  | | | | | | | |
| 本人保证上述各项中所填内容真实无误。  申报人员（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：表格空间不够可加附页。