附件

**国家卫生健康委药具管理中心**

**派遣人员招聘报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 现户口所在地 |  |
| 政治面貌 |  | 英语水平 |  | 健康状况 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 学历/学位 |  | 专业资格 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机电话 |  |
| 简历（从大学阶段开始填写） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 简历（从大学阶段开始填写） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 是否有亲友在本单位工作  | □是 □否姓名： 部门： 关系：  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |