2018年柳州市食品药品安全信息监控和投诉举报中心遴选报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | | |  | | | 出生 年月 | |  | 照  片 |
| 现任岗位级别 |  | | | | | | 政治面貌 | | |  | | |
| 籍 贯 |  | 参加工作时间 | |  | | | 入党时间 |  | | 民族 |  | |
| 毕业院校及专业（最高学历） | 全日制  教育 |  | | | | | | | | 学历  学位 |  | |
| 在职  教育 |  | | | | | | | | 学历  学位 |  | |
| 专业技术资格名称、  授予单位及取得时间 | |  | | | | | | | | | | | |
| 现工作单位  及职务 |  | | | | | | 身份证号 | | |  | | | |
| 家庭详  细住址 |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | 院校名称（从大学阶段填起） | | | | | | | | 专业 | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | |
| 工  作  经  历 | 起止时间 | 所在单位 | | | | | | | | 从事的工作及职务 | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | |
| 奖惩情况及主要科研、论文成果  （材料中应有相应的复印件） |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 称谓 | 姓名 | | | 年龄 | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  | | | | |
| 报名人  承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人签名： | | | | | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 年 月 日  审查人签名：  审查人签名： | | | | | | | | | | | | |

备注：1.报名登记表用A4纸双面打印；2.不得涂改；3.“报名人签名”需手写签名。