营口市高层次人才医疗保健证申报登记表

附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | | 民族 | |  | 照 片 |
| 出生  年月 |  | | | 出生地 |  | | | 健康  状况 | |  |
| 政治  面貌 |  | | | 参加工  作时间 |  | | | 专业技术职务 | |  |
| 学历  学位 |  | | | 专业  领域 |  | | | 毕业  院校 | |  | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | | 专家类别 |  |
| 通信地址 | | | |  | | | | | | 联系方式  （办公、手机） |  |
| 工作单位及职务 | | | |  | | | | | | | |
| 工  作  简  历 | |  | | | | | | | | | |
| 主  要  成  就 | |  | | | | | | | | | |
| 获  奖  情  况 | |  | | | | | | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员 | | 称 谓 | 姓 名 | | | 年龄 | 政 治  面 貌 | | 工 作 单 位 及 职 务 | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | |
| 所在单位意见 | | （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 审核意见  推荐单位 | | （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

填表单位联系人： 办公电话： 手机：