附件2

重庆市卫生健康系统公派出国储备人员

英语进修班报名表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个**  **人**  **信**  **息** | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 最高学历 |  | | |
| 办公电话 |  | | 手机号码 |  | | | |
| 身份证号 |  | | | 邮政编码 | |  | |
| 联系地址 |  | | | 传真号码 | |  | |
| **教育背景** | 毕业院校 | | 专 业 | | 学位/学历 | | | 毕业时间 | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
| **工作履历** | 工作单位 | | 起至年限 | | 职 务 | | | 职 称 | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
| **单**  **位**  **意**  **见** | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | |

资料报送地点：江北区百业兴大厦10楼1017室 市卫生计生系统出国人员培训中心 培训二部；联系电话、传真：63651292、63621100，邮箱3363166604@qq.com.