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.