**附件**

**常德市食品药品监管局跟班学习人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 出生年月 | |  | 一寸免冠  照 片 |
| 民族 |  | | 籍贯 | |  | | | 出生地 | |  |
| 政治  面貌 |  | | 参加工作年月 | |  | | | 健康状况 | |  |
| 学历  学位 | 全日制  教 育 | |  | | | | | 毕业院校系及专业 | |  | |
| 在 职  教 育 | |  | | | | | 毕业院校系及专业 | |  | |
| 现工作单位  及职务 | | |  | | | | | | | | |
| 简  历 | | （从大学开始，按时间顺序填写） | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员以及重要社会关系 | | 称谓 | | 姓名 | | 年龄 | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
| 需要加强何种培养 | |  | | | | | | | | | |
| 拟选派跟班学习工作科室 | | 是否同意调剂：是□ 否□ | | | | | | | | | |
| 所在单位推荐意见 | | （盖 章）  年 月 日  联系人： 联系方式： | | | | | | | | | |
| 市局  意见 | | (盖 章）  年 月 日  联系人： 联系方式： | | | | | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | | |