**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 |  |