天津港保税区2024年度社区卫生服务中心派遣制工作人员信息登记表

职务： 身份证号：填表日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 出生日期 |  | 健康状况 |  | 邮箱 |  |
| 婚姻状况 |  | 生育状况 |  | 户口类型 |  | 户口所在地 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 联系电话 |  |
| 现住址 |  | 紧急联系电话 |  |
| **学习情况** |
| 原学历 |  | 原学位 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 毕业时间 |  |
| 主要学习经历 | 起止时间 | 学校名称 | 所学专业 | 学习形式 | 学位 | 学制 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **工作情况** |
| 执业资格 |  | 执业注册情况及首次注册时间 |  |
| 执业证书编号 |  | 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 其他证书或荣誉 |  |
| 专业技术资格证书取得情况 | 证书名称 | 取得时间 | 专业类别 | 资格级别 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 培训经历 | 参加培训时间 | 参加培训名称 | 培训形式 | 取得何种证明/证书 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主要工作经历 | 起止时间 | 单位名称 | 部门 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **家庭情况** |
| 配偶情况 | 姓名 |  | 出生日期 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 工作单位名称及所在部门和职务 |  | 部门电话 |  |
| 最高学历 |  | 政治面貌 |  | 联系方式 |  |
| 主要家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | 联 系 方 式 |
| 父亲 |  |  |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |  |  |
| 子女 |  |  |  |  |  |  |
| 子女 |  |  |  |  |  |  |
| 社会关系 |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他情况** |
| 何时何地受何奖励或处分？ |  |
| 有何政治历史问题？结论否？ |  |
| 备注 |  |

注：所填信息本单位承诺保密。请保证所填写资料真实性与准确性，书写工整，否则后果自负。

填表人签字：