

附件 2:

培训人员报名表

申请培训岗位序号:

姓 名		性 别		出生年月		证件照处 (电子照 片)
民 族		身份证号				
政治面貌		婚姻状况		籍 贯		
工作单位 及职务						
专业技术 职务任职 资格			任现专业技术职务任职 资格时间			
学历学位	全日制教育			毕业学校及 专业		
	在职教育			毕业学校及 专业		
联系方式	通信地址				邮编	
	手机号码			电子邮箱		
教育经历 (从大学 填起)	时间	学校	专业		学位	
	-					
	-					
	-					
工作经历	时间	工作单位	工作部门		岗位	
	-					
	-					
	-					
专业特长						

具有 资质	放射 <input type="checkbox"/> 剧毒 <input type="checkbox"/> 腐蚀 <input type="checkbox"/> 高传染性细菌 <input type="checkbox"/> 病毒 <input type="checkbox"/> 麻醉药品 <input type="checkbox"/> 其他危险品 <input type="checkbox"/>
培训所在 部门/ 科室	
培训 期限	年 月 日— 年 月 日
是否具备 相应能力	

注:本表应如实填写,填写者应对内容的真实性负责。