**上海市脑血管病防治研究所公开招聘人员报名登记表**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　填表日期： 年　 月　 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |   | 性别 |   | 民族 |   |   |
| 出生年月 |   | 政治面貌 |   |
| 毕业院校 |   | 所学专业 |   |
| 学历 |   | 学 位 |   |
| 毕业时间 |   | 联系电话 |   |
| 现工作单位 |   | 参加工作时间 |   |
| 职务（职称） |   | 任职时间 |   |
| 身份证号码 |   | E-mail地址 |   |
| 报考岗位名称 |  | 专业年限 |  |
| 主 要 学 习 及 工 作 经 历 | （从大学起）        |
| 近 年 来 本 人 代 表 性 成 果 （各 类 别 限 填 三 项） | 项目名称 | 批准立项部门 | 本人排名 | 完成时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专利名称及编号 | 专利类别 | 本人排名 | 授权时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 论文/著作名称 | 刊物/出版社（影响因子） | 本人排名 | 发表时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 获奖名称 | 获奖类别 | 本人排名 | 获得时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申报人承诺 |  本报名表所填写内容准确无误，所提交的证件真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。　　　　　　　　　  报名人签字：  年 月 日 |
| 备注 |   |