附件2

国家药品监督管理局特殊药品检查中心2024年度公开招聘

应聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 |  | | | | | | | | | | | | | 1寸彩色免冠近照电子版 | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 民族 | |  | | | |
| 出生年月 |  | | 出生地 | |  | | | 政治面貌 | |  | | | |
| 参加工作时间 |  | | 专业技术  职务 | |  | | | 行政职务 | |  | | | | | | |
| 户口所在地 |  | | | | | | | 档案存放地 | |  | | | | | | |
| 英语等级及成绩 | | |  | | | | | 计算机等级 | |  | | | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | 健康状况 | |  | | | | | | |
| 学历  学位 | 最高学位 | |  | | 毕业学校及专业 | | |  | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | 毕业学校及专业 | | |  | | | | | | | | |
| 联系方式 | | 居住地址 | |  | | | | | | | 邮编 | |  | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | 手机号码 | | | |  | | | | | |
| 现工作单位、工作部门、岗位及职责 | | （请详细填写） | | | | | | | | | | | | | | |
| 教育经历 | | 从高中毕业后开始填起 | | | | | | | | | | | | | | |
| 时间 | | 学校 | | | | 专业 | 学历 | | | 学位 | | | | 是否为  全日制 |
|  | |  | | | |  |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |  | | |  | | | |  |
| 工作经历 | | 时间 | | 工作单位 | | | | 工作部门 | | | | 岗位 | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |
| 专业特长 | | （不超过200字） | | | | | | | | | | | | | | |
| 科研及发表  论文情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人爱好 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 应聘理由 | | （不超过300字） | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他需要说明  的情况 | | 补充相关应聘材料，如:1.与所应聘岗位的匹配度等内容；2.是否存在与防范公开招聘利益冲突有关事项。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系（包括父母、子女、兄弟姐妹等，须如实告知的内容必须填写） | | 姓名 | | 关系 | | 工作单位 | | | | | | | | | 职务 | |
|  | |  | |  | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | | | | |  | |
| 声明与保证 | | 根据上级主管部门招聘工作有关要求：1.直属事业单位公开招聘工作人员实行如实告知和回避制度。**凡与国家药监局和国家药监局直属单位处级（含处级）以上干部（含退休三年内的处级及以上退休干部）有夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲或者近姻亲关系的人员，以及与河北省药监局、石家庄市场监管局机关和直属单位处级以上干部有夫妻关系、直系血亲关系的人员，不接受报考。2.**应聘人员应当符合利益冲突防范要求。**配偶、直系血亲等在特殊药品、医疗器械、化妆品领域相关企业从业，并且所从事的工作业务范围与我单位、应聘岗位存在直接对口关系及利益联系的人员，不接受报考。3.**对违反招聘工作纪律和规定的相关人员，按有关规定予以处理。  本人郑重声明：上述表格信息真实准确；本人已按要求如实填报。我已知晓：如有虚假，责任自负。  报名人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

**填表须知**

1. 本表为筛选的重要依据，请如实地填写，应聘者应对内容的真实性负责。

2. 请尽可能完整的填写。空白项可不填写，请不要改变表格的结构（**本表限2页**）。

3. 请将本表与《报名人员信息登记表》作为附件一同发至**tyzp2024@163.com**。

4.文件名称统一格式为“报名人员姓名-联系电话一报考岗位”。