附件1：

长春医学高等专科学校党外代表人士登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 照　片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 参加党派及 时 间 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 专业技术职务 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学 历学 位 | 第一学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 现任职务及主要社会兼职 |  |
| 简历 |  |
| 培训情况 |  |
| 主要学术成果工作业绩及获奖情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 固定电话 |  | 传真号码 |  |
| 移动电话 |  | 电子邮箱 |  |

 　　 （填表时间： 2017年6月）