新乡医学院学习管理员信息登记表

单 位： （盖章）

|  |
| --- |
|  **基 本 信 息** |
| 姓 名 |  | 曾 用 名 |  | 照 片 |
| 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 籍 贯 |  | 出生地 |  |
| 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位及职务 |  | 参加工作时间 |  |
| 学历/学位 |  | 专业技术职务 |  |
| 毕业学校 |  | 专 业 |  |
| 奖惩情况 |  |
| **学 习 简 历****（从高中填起）** |
| 起止年月 | 学 校 及 专 业 | 毕（结、 肄）业 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工 作 经 历** |
| 起止年月 | 单 位 及 职 务 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家 庭 成 员** |
| 关系 | 姓名 | 性别 | 出生日期 | 文化程度 | 政治面貌 | 工作单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **联 系 方 式** |
| 本人联系方式 |  | 紧急联系人及联系方式 |  |

本人保证以上信息真实、准确。

填表人签名： 年 月 日