附件

兰州大学口腔医院科室护士长申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 出生年月 | | |  | |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 |  | 出 生 地 | | |  | |
| 党 派 | |  | | 加入时间 |  | 健康状况 | | |  | |
| 参加工  作时间 | |  | | | 近四年度考核结果 | 2019 | | 2020 | 2021 | 2022 |
|  |  | |  |  |
| 现任职务 | |  | | | 任现职时间 |  | | | | |
| 现任技术职称 | |  | | | 聘任时间 |  | | | | |
| 现取得最高技术职称 | |  | | | 取得时间 |  | | | | |
| 是否聘任 |  | | | | |
| 任同级职务时间 | | |  | | 本人联系电话 |  | | | | |
| 熟悉专业有何特长 | | |  | | | | | | | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 | |  | | | 毕业院校  系及专业 | | |  | |
| 在 职  教 育 | |  | | | 毕业院校  系及专业 | | |  | |
| 申报岗位 | | |  | | | | | | | |
| 工作经历 | | |  | | | | | | | |
| 工作业绩 | | |  | | | | | | | |
| 所在党支部  意见 | | | 支部书记签字： 年 月 日 | | | | | | | |

**注：个人材料请附后。**