“烟台优才卡”申报表

填报单位: 滨州医学院 联系方式：0535-6913052

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | | |  | | | |
| 身份证（护照）号码 | | |  | | | | | | | |
| 国籍 |  | 学历  学位 |  | | 专业领域 | | |  | | |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 工作单位  及职务 |  | | 管理期限 | |  | | | | 引进方式 |  |
| 单位服务专员及手机号 | 牟新博 18553558786 | | 服务专员微信号 | | 18553558786 | | | | | |
| 人才主要荣誉 | 获得荣誉名称（人才工程） | | | | | 获得时间（批次） | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 主要学习工作经历 |  | | | | | | | | | |
| 个人主要业绩简介  （不超过300字） |  | | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 主管部门或县市区意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市人社局意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市人才工作领导小组办公室意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

备注：本表一式4份。