“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 |  |
| 单位联系人及电话 | 牟新博 | 联系人邮箱 | byrsc001@163.com |
| 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。