附件5

师 承 人 员 情 况 登 记 表

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  | **照 片** |
| **籍 贯** |  | **婚 否** |  | **出生年月** |  |
| **政治面貌** |  | **职 务** |  |
| **文化程度** |  | **职 称** |  |
| **学 历** |  | **学 位** |  |
| **计算机等级** |  | **外语等级** |  |
| **参加工作时间** |  | **目前职业** |  |
| **毕业院校** |  |
| **档案存放单位、地址** |  **（邮编）**  |
| **现工作单位** |  **（邮编）**  |
| **现家庭住址** |  **（邮编）**  |
| **住宅电话** |  | **手 机** |  |
| **身份证号** |  | **电子邮箱** |  |
| **学习经历**  | **起止时间** | **院校名称与所读专业** | **担任职务** | **证明人** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作经历** | **起止时间** | **所在单位及部门名称** | **担任职务** | **证明人** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **温馨提示** | 师承部暂不便为身体残疾影响正常学习者、携带传染性疾病病毒者、精神心理处于非健康状态者以及其他身体或心理健康状况影响正常学习者提供传统医学师承对接服务，敬请谅解。 |
| **备 注** | 1．学习经历自小学、工作经历自第一份工作写起；2．填表者须对所填写内容的真实性负责；3．我们视填表者同意以上信息被合法用于传统医学师承相关事宜。 |