附件

中国援外医疗队队员（翻译）报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 学 历 |  |  |
| 出生日期 |  | 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 职称职务 |  | 英语水平 |  |
| 专业技能证书编号 |  | 身份证号码 |  |
| 单位或学校 |  | 电话 |  |
| 传真 |  |
| 联系方式 |  手机： E-mail： |
| 通讯地址 |  |
| 经历 |
| 教育经历 | 时间 | 学校名称 | 证明人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历（如有） | 时间 | 单位名称 | 证明人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 获得的奖项（如有） |  |
| 援外经历（如有,需附以往援外工作报告） |  |
| 个人兴趣爱好 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请人保证 | 本人承诺以上内容真实有效，如有机会加入援外医疗队，本人保证遵守各项法律法规，履行有关义务，努力学习，严格按照协议确定的计划按期执行援外任务。 申请人签字：日 期：  |
| 直系家属意见 | 家属签字：日 期： |