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： | | | | | | | | | | | |