附件

北京中医药大学成果转化中心

项目聘非事业编制人员信息登记表

**注意事项：请如实认真填写此表，切勿留空白项；若确实没有相关信息，请填写“无”。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名/曾用名 |  | 身份证号 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 性别 |  | 籍贯 | 省 市 | 出生地 | 省 市 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 生育状况 |  |
| 手机 |  | Email： |  |  |
| 户口所在地 | 省 市 | 户口性质 | □本地城镇，□本地农村□其他城镇，□其他农村 | 工作居住证：□有，□无编号： |
| 最高学历 |  | 毕业时间 | 年 月 | 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 具有何种职业资格 |  | 前用人单位 |  | 所任职务 |  |
| 拟聘岗位 |  |
| 是否符合回避要求：□是，□否（具体指：与设岗单位正副职负责人无夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲关系、近姻亲关系、其他亲属关系，同时无师生关系。） |
| 家庭地址 |  |
| 人事档案关系 | 存档单位：存档时间： | 查阅档案结果 | □无问题，□思想政治问题，□业务问题□其他情况\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 党员组织关系 | 入党时间： 年 月 | 原党组织联系方式 |  |
| 社会保险（养老、失业、工伤） | □有，□无□本地，□其他 | 基本医疗保险 | □有，□无□本地，□其他 | 住房公积金 | □有，□无□本地，□其他 |
| **主要教育经历（由大学起）** |
| **教育时间** | **院校名称** | **专业** | **学历** | **学位** |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
| **主要工作经历** |
| **工作时间** | **工作单位** | **职位** | **主要从事** | **离职原因** |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
| **前用人单位等信息** | 离职时间 |  | 离职原因 |  |
| 是否与前用人单位约定了保密协议与竞业限制条款：□是，□否若“是”，则：□管制期限已过，□但与我单位无业务关联 |
| 是否与前用人单位有未尽的法律事宜：□否，□是（请简要描述：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
| 是否曾经或正在追究与承担过刑责：□否，□是（请简要描述：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
| 主要家庭成员 | 姓名 | 关系 | 出生时间 | 工作单位 | 联系电话 |
|  |  | 年 月 |  |  |
|  |  | 年 月 |  |  |
|  |  | 年 月 |  |  |
|  |  | 年 月 |  |  |
|  |  | 年 月 |  |  |
|  |  | 年 月 |  |  |
| 近亲属工作单位是否与学校存在业务关联：□是 □否 |
| 本人声明：此表注意事项已阅读，以上情况均如实、正确填写。 签字： 日期： |