**附件：**

**厦门市产品伤害监测项目人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 个人两寸照片 |
| 学 历 |  | 专 业 |  |
| 毕业学校 |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 电 子 邮 件 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 毕业时间 | 　 | 工作年限 |  年 |
|
| 工作单位 | 　 |
|
| 教育经历 | 　 |
|
|
|
|
| 工作经历 | 　 |
|
|
|
|
| 个人评述 | 　 |
|
|
|
|

注：应聘者应对自己所填报资料的真实性负责，凡有弄虚作假者，取消聘用资格。