附件2

专家履历表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.姓 名 |  | 2.性 别 | | |  | | 照  片 |
| 3.出生日期 |  | 4.出 生 地 | | |  | |
| 5.籍 贯 |  | 6.民 族 | | |  | |
| 7.政治面貌 |  | 8.婚姻状况 | | |  | |
| 9.工作单位 |  | 10．现任职务 | | |  | | |
| 11.专 业 |  | 12．职 称 | | |  | | |
| 13.  外语学习简历及掌握程度 | 时 间 | 地 点 | | | 学习方式 | | 有何证书 |
|  |  | | |  | |  |
| 语 种 | 听 | 说 | | 读 | 写 | 备 注 |
|  |  |  | |  |  |  |
| 注：听、说、读、写栏填写“优、良、平、难”之一 | | | | | | |
| 14.学历  (自高中起) | 时 间 | 学 校 | | 专 业 | | | 学位或证书 |
|  |  | |  | | |  |
| 15.  工作简历 | 时 间 | 单 位 | | 工作范围 | | | 担任职务 |
|  |  | |  | | |  |
| 16.曾否出过国 | |  | | 国家名称 | | |  |
| 国外逗留时间 | |  | | 出国目的 | | |  |
| 17.身体状况(附市级医院近期体检表) | | | | | | | |
| 18.单位负责人保证，上述内容完全属实。经研究决定，该同志在本  项目中担任（ ）工作。  负责人职务：  负责人签字：  日 期： 年 月 日 （公章） | | | | | | | |