附件1

**山东平安健康管理研究中心**

**关爱认知症人群公益项目责任人登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **性 别** |  |
| **手机号码** |  | | **微 信** |  |
| **电子邮箱** |  | | **文化程度** |  |
| **毕业院校** |  | | **专 业** |  |
| **政治面貌** |  | | **入党时间** |  |
| **党员关系所在地** |  | | | |
| **身份证号码** |  | | | |
| **单位及职务** |  | | | |
| **通讯地址** |  | | | |
| **主 要**  **工 作 经 历** | **起止年月** | **单位、职务/主要奖惩记录** | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |