福建省级机关医院应聘人员报名表

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | | |  | | 一寸彩照 |
| 籍 贯 | |  | | 政治面貌 | |  | | 现有专业技术资格 | | |  | |
| 学 历 | |  | | 学 位 | |  | | 毕业时间 | | |  | |
| 毕业学校 | |  | | | | 专业（方向） | |  | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | 联系电话 | |  | | | | 邮箱 |  |
| 掌握何种 临床技能 | |  | | | | | | | | | | | |
| 发表论文、获奖、科研情况 | |  | | | | | | | | | | | |
| 学习经历（从高中毕业起） | 经 历 | | 起止年月 | | | 院　校　名　称 | | | | 所学专业 | | | 学 制 |
| 高中（中专） | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 大 专 | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 本 科 | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 硕 士 | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 博 士 | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 临床经历及  实习培训经历 | 起止年月 | | 实习、工作、培训单位 | | | | | | | | | | 岗 位 |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
| 婚姻及  家庭情况 | 姓　名 | | 关 系 | | 出生年月 | | 职　业 | | 现工作单位 | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | | |

本人保证以上所填资料真实准确，如有违事实，愿意取消报名、聘用资格。

本人签名： 年 月 日