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