|  |
| --- |
| **惠州市中心人民医院博罗分院（博罗县人民医院）应聘报名表** |
| 应聘岗位：  |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 籍贯 | 　 | （照片） |
| 民族 | 　 | 身高（CM) | 　 | 政治面貌 | 　 | 婚姻状况 | 　 |
| 全日制学历 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 | 　 |
| 学位 |  | 毕业学校 |  |  |   |
| 学制（年） |  | 身份证号码 |  |
| 执业资格证 | □有 □无 （成绩： ） | 特长 |  |
| 联系方式 | E-MAIL（常用）： | 固话： |
| 手机： | 紧急联系人及手机：  |
| 通讯地址及邮编 |  |
| 学习经历（第一学历起） | 起止年月 | 按学历从低到高填写 | 专业类型（临床型/科研型） | 导师 | 学习形式(全日制/业余) |
| 学校/专业/学历（学位）/学制（年） |
|  年 月— 年 月 | 　 | 　 |  |  |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月— 年 月 | 　 | 　 |  |  |
| 工作/实习经历 | 起止年月 | 工作单位/部门（科室）/岗位 | 工作/实习 | 负责具体工作 |
| 年 月— 年 月 | 　 |  | 　 |
| 年 月— 年 月 | 　 |  | 　 |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 其他需要说明的问题 |  |
|  是否服从单位调剂 □是； □否 本人承诺：以上所填写及提交附件的内容全部属实，并愿为内容的真实性负责。 填表人签名： 日期： |