|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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： | | | | | | | | | | | | | | | | |