附件2

**惠州市第一人民医院聘用制员工招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **应聘岗位代码** | | | |  | | | **应聘科室** |  | | | | **应聘岗位** |  | | | | 相片 | | |
| 姓名 | | | |  | | | 性别 |  | | 出生年月 | |  | 籍贯 | |  | |
| 民族 | | | |  | | | 身高（CM) |  | | 政治面貌 | |  | 婚姻状况 | |  | |
| 学历 | | | |  | | | 所学专业 |  | | | | 毕业时间 |  | | | |
| 学位 | | | |  | | | 毕业学校 |  | | | | 导师姓名 |  | | | |
| 专业类型 | | | | □临床型 □科研型 | | | | 身份证号码 | |  | | | | | | |
| 学制（年） | | | |  | | | | 计算机水平 | |  | | 外语等级 | （分数： 分） | | | | | | |
| 专业技术资格 | | | | □有（专业、级别： ） □无 | | | | | | | | 其他外语 | （须注明水平） | | | | | | |
| 是否有不及格或补考科目 | | | | | | | □有（科目： ）□无 | | | | | 综合排名 | 个人名次/总人数 | | | | | | |
| 是否完成规范化培训 | | | | | | |  | 健康状况 | |  | | 特长 | （仅限能提供客观证明的特长） | | | | | | |
| 联系方式 | | | E-MAIL（常用）： | | | | | | | | | 固话： | | | | | | | |
| 手机： | | | | | | | | | 紧急联系人及手机： | | | | | | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | | | | 邮编 | | | |  | |
| 学习  经历  （中专起） | | 起止年月 | | | | | | | 按学历从低到高填写 | | | | | 学历（学位）/学制（年） | | 导师 | | 学习形式  (全日制/业余) | |
| 学校、专业 | | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  | |
| 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 | | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |
| 科研业绩情况 | 基金 | 批准年月 | | | 级别(国家、省部、校级等) | | | | 项目名称 | | | | | 经费 | | 排名 | | | 备注 |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |  |
| 文章 | 杂志名称 | | | 类别（SCI、中华或中国） | | | | 发表年月 | | 论文题目 | | | 影响因子 | | 排名 | | | 发表  情况 |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | | 姓名 | | | 与本人关系 | | | | 工作单位及职务 | | | | | | | 户籍所在地 | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |
| 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：**  **时间： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |