附件2：

**武汉市红十字会医院**

**2020年专项招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **近期****一寸****免冠****彩色****照片** |
| **籍 贯** |  | **民 族** |  | **健康状况** |  |
| **政治面貌** |  | **参加工作时间** |  | **户口所在地** |  |
| **毕业院校** |  | **专 业** |  |
| **学 历** |  | **学 位** |  |
| **婚姻状况** |  | **身份证号** |  |
| **外语水平** |  | **计算机水平** |  |
| **专业技术资 格** |  |  |  |
| **联系方式** | **移动电话** | **电子邮箱** |
|  |  |
| **现工作单位及职务** |  |
| **报考单位及岗位** |  |
| **学习（培训）简历** | （从本科入学开始填起；在校学习经历注明起止时间、学校、院系、专业及学位名称；进修培训经历注明起止时间、地点、专业及内容等） |
| **工作简历** | （工作经历注明起止时间、工作单位及职务） |
| **主要业绩** | （受过的奖励、学术论文、科研及学会任职） |
| 何时被何组织授予何奖励；何时在何级别何期刊（名称）发表何文章（标题）；何时何级别科研立项，结题时间；何时何组织任何职务等。 |
| **家庭情况** | （家庭成员姓名、关系、工作单位、职务） |
|  |
| **签名确认** | **本人承诺，以上所填情况属实，如有虚假，愿意承担相应责任。** **签名： 年 月 日** |
| **备 注** | 需本人亲笔签字并贴一寸正面免冠彩照。 |