附件1：

**河北医科大学第三医院**

**器官捐献协调员资格审查报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 贴照片（粘贴1寸照片或附电子照片黑白打印均可） |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 籍 贯 |  | 联系电话 |  | 健康情况 |  |
| 最高学历 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 最高学位 |  | 授予时间 |  | 授予院校 |  |
| 身份证号 |  | 是否具有《中国人体器官捐献协调员证》 |  |
| 学习经历（从高中开始填写，专接本请写清楚） | 学历 | 入学时间 | 毕业时间 | 学 校 | 专 业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 科室 | 起止时间 | 单 位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 奖惩情况兴趣爱好及特长等 |  |
| 社会关系 | 关 系 | 姓 名 | 工 作 单 位 | 职 务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。

应聘人（签名）： 　　　　　 年 月 日