附件：

**大连市口腔医院学科带头人招聘报名表**

岗位专业：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号码 |  | 本人照片 |
| 出生日期 |  | 民 族 |   | 政治面貌 |  |
| 户籍所在地 |  | 实际居住地 |  | 爱好特长 |  |
| 现有专业技术资格名称 |  | 取得时间及审批机关 |  | 现从事工作岗位及时间 |  |
| 外语语种 |  | 等级 |  | 联系电话 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 毕业院校、专业、时间 |  |
| 何时何地授予何种学术荣誉 称号 |  |
| 何时何地参加何种学术团体、任何职务，有何社会兼职 |  |
|  学 习 经 历（从高中填起，包括住院医师规范化培训） |
| 起止时间 | 学校（单位）及专业 | 学 位 | 学位类型 |  研究方向 | 是否全日制 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 工 作 经 历  |
| 起 止 时 间 | 所 在 单 位 | 所在部门 | 从事何（专业技术）工作 | 职务（资格） |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 专业技术工作业绩 |
| 起止时间 | 项目、课题 名称 | 工作内容及本人起何作用（主持、参与、独立） | 成果获何种奖励、效益或专利并填写获奖证书或专利号 | 鉴定机构及证明人 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 个人专业技能自述(500字以内） |  |
| 诚信承诺 |  本人承诺以上填写的内容均真实有效，如与实际情况不符，后果自负。 考生本人签名： 年 月 日 | 资格审查意见 | 审查意见：审查人：审查部门：（盖章）） 年 月 日 |