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 | | |