**附件2：**

**吉林大学口腔医院2023年聘用制人员报名表**

准考证号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月日** |  | | 近期免冠  小二寸彩照 | |
| **政治面貌** |  | **民 族** |  | **身份证号码** |  | |
| **外语语种** |  | **外语级别** |  | **联系电话** |  | |
| **身 高** |  | **婚 否** |  | **应聘岗位** |  | |
| **硕士学位类别** |  | **拟应聘**  **科室** | **医学影像科（ ）** | **是否服从**  **调剂** |  | |
| **是否获得执业资格证书** |  | **获得时间** |  | **是否获得住院医师规范化培训证书** |  | **取得**  **时间** |  | |
| **初 始**  **学历/学位** |  | **毕业学校**  **专 业** |  | | | | **毕业**  **时间** |  |
| **最 高**  **学历/学位** |  | **毕业学校**  **专 业** |  | | | | **毕业**  **时间** |  |
| **学习及工作简历（从高中学历填起）** | | | | | | | | |
| **起始时间-结束时间 学校（单位） 专业（部门） 学历（职务） 培养方式** | | | | | | | | |
| **家庭成员情况（直系亲属）** | | | | | | | | |
| **与本人关系、姓名、出生年月、工作单位、职务** | | | | | | | | |
| 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。（此段话需本人抄写）  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 | | | | | | | | |