**协和武汉红十字会医院高层次人才应聘登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 民 族 | | |  | 照片 | |
| 出 生  年 月 | 年 月 | | 籍 贯 | |  | | 政 治  面 貌 | | |  |
| 最高学历 |  | | | | 最高学位 | |  | | | |
| 户 籍  所在地 |  | | | | 婚姻状况 | |  | | | | | |
| 现职称 |  | | | | 现职称  取得时间 | |  | | | | | |
| 现单位 |  | | | | 现职务 | |  | | | | | |
| 联系方式 | 手 机：  电子邮箱： | | | | | | | | | | | |
| 学习经历  （高中以上开始） | 学历/学位 | 起止时间 | | | | 毕业院校 | | | 所学专业 | | | 导师信息 |
|  |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | |  |
| 家庭情况  （直系亲属，可扩充表格） | 姓名 | | | 关系 | | | | 工作单位 | | | 职务 | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | | | |
| 主持的科研项目/重点项目 |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在专业委员会及专业组 |  | | | | | | | | | | | |
| 科研  成果 | （主要阐述申报人取得的研究成果及贡献，限500字） | | | | | | | | | | | |
| 发表论文(限一作或通讯作者)  /出版专著情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 自我工作  业绩评价 |  | | | | | | | | | | | |
| 我保证上述表格中所填内容信息真实有效。如有虚假，自愿承担一切责任。  申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |