附件3

**保定市康复医院2024年公开招聘工作人员报名资格审核表**

|  |
| --- |
| **一、申请人基本信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 民族 |  |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 身高 |  | 特长 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学制 |  | 报到证（有、否） |  | 外语等级 |  |
| 取得资格证情况 |  | 取得执业证情况 |  |
| 家庭住址 |  | 身份证号 |  |
| 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| **二、教育背景及工作经历（自高中时期起）** |
| 学习经历 | 教育起止时间 | 所 在 学 校 | 所学专业 | 学历 | 学 位 | 学习形式 （全日制\专升本\自考\成教\函授） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 工作实习经历 | 工作起止时间 | 工 作 单 位 | 从事行业 | 工作岗位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 科研及论文情况 | （见刊论文：SCI\中华\核心\国家\省级，题目，第几作者） |
| 声明：1、面试、考核期间请应聘人员应保持电话畅通。 2、保证以上所填信息及所提供的所有应聘材料真实可信，如一经发现虚假，同意医院在任何时间段有 权取消我的录用资格或解除聘用合同。 签名：  |
| 资格审查结果： 审查及监督人员签字：  |