**深圳市福田区慢性病防治院应聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 | |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身高 |  | 籍贯 |  | 出生地 | |  | 户籍所在地 |  |
| 健康状况 |  | 婚姻状况 |  | 政治面貌 | |  | 参加时间 |  |
| 联系地址及邮编 |  | | | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | 参加工作时间 |  | | |
| 第一学历/学位 | | | | | | | | | |
| 学历 | 本科 | | 学位 | 学士 | | | 专业名称 |  | |
| 学校名称 |  | | 入学方式 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 最高学历/学位 | | | | | | | | | |
| 学历 |  | | 学位 |  | | | 专业名称 |  | |
| 学校名称 |  | | 入学方式 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 研究方向（如适用） | |  | | | | 求职意向 | |  | |
| 外语语种 |  | 外语水平 |  | 计算机  水平 | |  | 当前工作单位（医院）名称 |  | |
| 当前工作单位（医院）级别 | |  | | 当前职称 | |  | | 当前岗位 |  |
| 联系电话1 |  | | 联系电话2 |  | | | 联系邮件 |  | |
| 专业技术职务资格名称及聘任时间 | 专业技术资格名称 | | 取得资格时间 | | | 聘任时间 | | 聘任单位 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| 教育经历（大学**起**，起止时间、毕业院校、专业、学历、毕（结、肆）业） |  | | | | | | | | |
|
|
|
|
| 工作经历（起止时间、工作单位、担任职务） | (注：请按以下格式填写：2014年7月-2017年7月 在某某医院 某某科室 从事某某工作) | | | | | | | | |
|
|
|
| 爱好与特长 |  | | | | | | | | |
| 科研情况 |  | | | | | | | | |
| 学术论文 |  | | | | | | | | |
| 获得的成果与荣誉 |  | | | | | | | | |
| 处分情况 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要成员情况 | 姓名 | 年龄 | 关系 | 户口所在地 | | | 工作单位及联系电话 | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
|  |  |  |  | | |  | | |
| 与申请岗位相关的特殊情况报告 |  | | | | | | | | |
| 自我评价 |  | | | | | | | | |
|
|

**本人承诺以上所填情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。**

**承诺人：**

**日期： 年 月 日**