附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 民族 | 　 | （照片） （可张贴或电脑上传） |
| 政治面貌 | 　 | 参加工作时间 | 　 | 籍贯 | 　 |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 毕业学校/专业 |  |
| 应聘岗位 |  | 现工作单位 |  |
| 执业资格证 | □有（种类： ） □无 | 现专业技术资格及取得时间 |   |
| 已聘专业技术职务及时间 |  | 住院医师规范化培训 | 证书：□有 □无（规培中）结业考核是否有补考记录 ：□有 □无 有\_\_次补考记录有否延期记录 □有 原因 □无 |
| 健康状况 | 　 | 联系方式 | E-MAIL（常用）：　 手机： |
| 身份证号码 |  | 通讯地址及邮编：  |
| **注：主要学习、工作经历按时间先后顺序详细列明，时间前后要衔接，不得空断。** |
| 学习经历（高中起） | 起止年月 | 按学历从低到高填写 | 专业类型(临床型/科研型) | 全日制/在职 |
| 学校/专业/学历（学位） |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
|  年 月— 年 月 |  |  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位/部门(科室) | 岗位 | 用工形式 （编内/编外） |
| 年 月— 年 月 | 　 |  |  |
| 年 月— 年 月 | 　 |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |  |
| 家庭情况 | 姓名 | 与本人关系 | 出生年月 | 现工作单位及职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 科研成果 |  |
| 其他业绩 |  |
| **我保证上述表格中所填内容完全真实，如有虚假愿承担一切责任。****签名： 日期:** |

**湖北省盲人按摩医院岗位应聘登记表**