**附件2：**

**河北医科大学第三医院**

**2024年选聘工作人员资格审查报名表**

**应聘岗位**（岗位代码+名称）： **联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 出生年月 |  | | 照片  （粘贴1寸照片或电子照片  黑白打印均可） |
| 民 族 |  | 政治面貌 | |  | | 婚姻状况 |  | |
| 籍 贯 |  | 健康情况 | |  | | 外语水平 |  | |
| 最高学历 |  | 毕业时间 | |  | | 毕业院校 |  | | |
| 最高学位 |  | 授予时间 | |  | | 授予院校 |  | | |
| 所学专业 |  | 导师姓名 | |  | | 研究方向 |  | | |
| 执业资格证及取得时间 |  | | | 身份证号 | |  | | | |
| 学位类型 | 科学学位（ ） 专业学位（ ） 学位类型括号内画 √ | | | | | | | | |
| 学习经历 | 学历 | 入学时间 | | 毕业时间 | 学 校 | | | | 专 业 |
|  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
| 工作经历 | 科室 | | 起止时间 | | | | | 单 位 | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| 科研情况 |  | | | | | | | | |
| **应聘人承诺** | **经本人认真审核确认，以上所填内容和所附材料完全真实无误，同样我在此 所作的承诺也真实有效。如有错误或不实，本人承担由此造成的一切后果。**  **应聘人手写签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | |