附件2

河南省医学科学院眼科研究所伏羲慧眼云平台团队应聘人员报名表

**岗位序号及岗位名称： 是否同意调剂：**

|  |
| --- |
| **一、申请人基本信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 籍贯 |  | 本人照片 |
| 职称 |  | 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 学历学位 |  | 所学专业 |  | 导师姓名 |  |
| 婚姻状况 |  | 健康状况 |  | 研究方向 |  | 联系电话 |  |
| **二、学习及工作简历（自高中起）** |
| 学习经历 | 起止时间 | 所 在 学 校 | 专 业 | 学历、学位 |
| — |  |  |  |
| — |  |  |  |
| — |  |  |  |
| — |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 所 在 单 位 | 从事专业 | 职称、职务 |
| — |  |  |  |
| — |  |  |  |
| — |  |  |  |
| 英语等级 |  |
| 发表论文、论著、开展科研课题情况 |  |
| 个人专业特长介绍 |  |
| 个人声明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。本人签名：  |

**注：无工作经历可不填写**