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**