山东省公共卫生临床中心2025年第二批合同制人员招聘报名登记表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生年月 | |  | 婚姻状况 | | |  | | | 照  片  （一寸彩色） |
| 政治面貌 |  | | 民族 | |  | 身份证号 | |  | | | | | | |
| 户口所在地 |  | | | | | 籍贯 | |  | | | | | | |
| 学历 |  | | 学位 | |  | 毕业时间 | |  | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学专业 | |  | | 研究方向 | | | |  | |
| 导师姓名及工作单位 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术资格证书名称 | | |  | | | 职称级别 | |  | | 取得证书时间 | | | |  | |
| 首次参加工作时间 | | |  | | | | | 现工作单位 | |  | | | | | |
| 联系地址 | | |  | | | | | 联系电话 | |  | | | | | |
| 是否取得住院医师规范化培训合格证书 | | |  | | | | | 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 学习经历  （自高中起填写） | | 起止年月 | | | | | 毕业院校 | | | | 所学专业 | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
| 工作经历  （自学校毕业起填写至今） | | 起止年月 | | | | | 工作单位 | | | | 所在科室及职务 | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | |
| 家庭成员情况 | | 关系 | | 姓名 | | 政治面貌 | | 工作单位 | | | | | 所在部门及职务 | | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 科研项目及发表论文等情况 |  |
| 获  奖  情  况 |  |
| 其  它 |  |
| **本人郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相关责任。**  **应聘人员签名：**  **年 月 日** | |
| 资格审查意见 | **审查人： 年 月 日** |

**注：栏目如无信息请填写“无”；“获奖情况”请填写校级以上获奖；本表正翻页打印。**

山东省公共卫生临床中心组织人事部制