|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2**  **钦州市第一人民医院应聘登记表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 应聘科室： 岗位： （医师、护理、技师、药师、行政、后勤） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | | 出生  年月 | |  | | | 籍贯 | |  | | （照片） | | |
| 政治面貌 |  | | 参加工作时间 | | |  | | 婚姻  状况 | |  | | | 身高 | |  | |
| 最高学历 |  | | 最高学位 | | |  | | 毕业学校/专业 | |  | | | | | | |
| 现工作单位/科室/岗位 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 执业资格证 | □有（种类： ） □无 | | | | | | | 外语  水平 | |  | | | 计算机水平 | | | |  | | |
| 住院医师规范化培训证书 | | | □有 □规培中 □无 | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 健康  状况 | |  | 身高（cm) | |  | | 联系方式 | E-MAIL：　 手机： | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | 紧急联系人手机： | | | | | | | | | | | |
| 学习经历  （高中起，含非全日制，可加行） | | 起止年月 | | | | | 按学历从低到高填写 | | | | 专业类型  (临床型/科研型) | | | | | 导师 | | 学习形式 | |
| 学校/专业/学历（学位）/学制（年） | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |
| 工作经历  （从实习、住培开始，可加行） | | 起止年月 | | | | | 工作单位/部门（科室）/岗位/专业技术职务 | | | | | | | | | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 年 月— 年 月 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| （如科研成果）  **代 表 性 成 果 情 况** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及社会关系 | | 称谓 | | 姓名 | | | 出生年月 | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
| 是否服从医院调剂 ： □是 □否  本人承诺：不存在招聘启事中不受理应聘的情况，以上所填写及提交附件的内容全部属实，并愿为内容的真实性负责。  填表人签名： 日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （双面打印） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**附件3**

**钦州市第一人民医院2024年应聘二维码**

