附件 **湛江中心人民医院2024年工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | 出生年月 | |  | | 近期彩照(必填） |
| 民 族 |  | 籍 贯 | | |  | 身高（cm） | |  | |
| 政治面貌 |  | 健康状况 | | |  | 婚姻状况 | |  | |
| 学 历 |  | 学 位 | | |  | 英语水平 | |  | |
| 专 业 |  | 研究方向 | | |  | 毕业学校 | |  | | |
| 毕业时间 |  | 职 称 | | |  | 医师/技师/护士资格证 | | 有( ) 无( )  已通过医师/技师/护士资格考试但未取得证书，考试分数为：\_\_\_\_\_\_ | | |
| 医师/护士执业证 | 有( ) 无( ) | 医师执业类别 | | |  | 医师执业范围 | |  | | |
| 医师规培专业 |  | 医师规培结束时间 | | |  | 在何处规培 | |  | | |
| 应聘科室(须与招聘通告一致) |  | | 应聘岗位(医/技/护) | |  | 本人身份证号及联系电话 | |  | | |
| 教育经历（从大学填起） | 起止年月 | | | 学校名称及专业 | | | 文化程度 | | 是否全日制 | |
|  | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 实践经历 | 起止年月 | | | 单位名称 | | | 科室/部门（工作或实习或轮转所在科室） | | 岗位/职称 | |
| 实习经历 |  | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 规培经历 |  | | |  | | |  | |  | |
| 工作经历 |  | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 专业技能 |  | | | | | | | | | |
| 校内外任职、所获奖项、特长等 |  | | | | | | | | | |

本人签名： 填表日期：

**说明：报名表内容须与报名二维码填写内容及证件原件内容一致。报名表必须控制在一页内，可根据填写内容自行调整表格或字体大小。**