山东省公共卫生临床中心公开招聘报名登记表

**应聘专业及岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩色照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号 |  | 学历学位 |  |
| 职 务 |  | 毕业时间 |  |
| 移动电话 |  | E-mail |  |
| 教育背景 | 起止年月 | 学位 | 毕业院校及系院 | 所学专业/导师 | 研究方向 |
|  | 博士 |  |  |  |
|  | 硕士 |  |  |  |
|  | 本科 |  |  |  |
|  | 专科 |  |  |  |
| 是否具有资格证 |  | 是否具有住院医师规范化培训合格证书 |  |
| 备注 |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位 | 职称（职务） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 配偶情况 | 姓名 |  | 年龄 |  | 学历 |  | 工作单位 |  |
| 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处制