成都高新区合作社区卫生服务中心

招聘人员报名信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 身份证号 |  |
| 婚姻状况 |  | 参加工作日期 |  | 以前从事工作岗位 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历毕业学校 |  |
| 详细住址 |  |
| 户籍地址 |  | 联系电话 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  | 证书编码 |  |
| 初级资格专业 |  | 取得时间 |  | 证书编码 |  |
| 中级资格专业 |  | 取得时间 |  | 证书编码 |  |
| 副高资格专业 |  | 取得时间 |  | 证书编码 |  |
| 教育 | 起止日期 | 学校 | 专业 |
| 教育情况（从与专业相关的第一学历开始填写） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 工作经历 | 起止日期 | 单位 | 职位 | 所在科室 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 培训经历 | 起止日期 | 培训名称 | 举办单位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 个人特长 | 专长项目 | 证书等级 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 出生日期 | 联系电话 | 工作单位及职务 |
|  | 父亲 |  |  |  |
|  | 母亲 |  |  |  |
|  | 配偶 |  |  |  |
|  | 子女1 |  |  |  |
|  | 子女2 |  |  |  |
|  | 子女3 |  |  |  |
| 紧急联系人 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 本人承诺所填信息真实有效，无影响工作的慢性疾病、传染病或不适应工作岗位的其他疾病，否则一经发现，取消录用资格。本人已完全了解录用条件与不符合录用条件，知晓并认同录用与不符合录用的条件。  确认签名：  日 期： |