|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **厦门大学附属心血管病医院应聘报名表** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 照片 | | |
| 民族 |  | | 政治面貌 | |  |
| 身高 |  | | 体重 | |  |
| 健康情况 |  | | 婚育状况 | |  |
| 国家地区 |  | | 户口所在地 | |  |
| 籍贯 |  | | 出生日期 | |  |
| 毕业院校 |  | | 毕业是否完成规培 | |  | 毕业时间 | |  |
| 专业 |  | | 是否应届 | |  | 工作年限 | |  |
| 最高学历 |  | | 最高学位获得时间 | |  | 最高学位 | |  |
| 职务 |  | | 现取得职称 | |  | 到岗时间 | |  |
| 联系方式  （手机） |  | | 邮箱 | |  | | | |
| 教育经历（高中起填） |  | | | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  情况 | 与本人关系 | 姓名 | | 工作单位及职务 | | | 党派 | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
| 个人声明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。  签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （报名表电脑打印，本人手写签名确认。） | | | | | | | | |