**复旦大学附属中山医院苏北健康管理中心附属医院**

**学科带头人及学科骨干应聘报名表**

**应聘科室：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 应聘岗位名称 |  | 意向科室 |  |
| 外语水平 |  | 是否同意调剂 |  |
| 移动电话 |  | E-mail |  |
| 教育 背景 | 起止年月 | 学位 | 毕业院校 | 所学专业及导师 | 研究方向 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 海外留学经历 |  | 三级医院工作年限 |  |
| 专业技术职称 |  | 是否具有医师资格证书 |  | 是否参加住院医师规培并取得合格证 |  |
| 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”请填写校级及以上获奖；本表正反页打印。**