**2025年福建医科大学附属口腔医院应聘报名表**

**岗位代码： 岗位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 民 族 |  | | 贴相片处  （1寸彩照） |
| 出生年月 | |  | | 政治面貌 | |  | 籍 贯 |  | |
| 婚姻状况 | |  | | 外语水平 | |  | 专业(方向) |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | 家庭住址 |  | | |
| 联系方式 | | 电话： | | | | | 电子邮箱 |  | | |
| 报名医师岗位人员填写（其他岗位无需填写） | | 导师姓名及工作单位 | | |  | | 专业类型 | 学术型（ ） 专业型（ ） | | |
| 住院医师规范化培训资格证 | | | 无（ ）有（ ）在培（ ） | | 执业资格  证书 | 无（ ） 有（ ） | | |
| 学习经历 | 经历 | | 起止年月 | | | 院校名称 | | | 所学专业 (学制) | |
| 大专 | |  | | |  | | |  | |
| 本科 | |  | | |  | | |  | |
| 硕士 | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
| 实习、规培、工作经历 | 起止年月 | | 单 位（请注明实习、规培、工作经历） | | | | | | 岗位 | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| 获奖、科研  情况 | **（请提供科研成果、论文论著、获奖证书等证明材料，发送至报名邮箱）** | | | | | | | | | |
| 父母、配偶、子女  情况 | （请注明姓名、工作单位） | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

注：学习及工作经历应如实填写，专业名称须与毕业证书专业一致，有专业方向要求的岗位需括号备注方向且内容与岗位要求一致，并开具相关证明；本表内容应如实填写，如发现弄虚作假，立即取消应聘资格。本表填写完整后请用A4纸打印，装订在履历材料第一页。表格不够填写的，可另附纸张说明。

**每位应聘人员只能报考一个岗位**。

**声明：本人保证以上所填资料真实准确，如有违事实，愿意取消报名、聘用资格。**

**本人签名： 年 月 日**