**附件：**

**龙岩市第一医院小儿外科学科带头人选报名表**

|  |
| --- |
| **基本信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 出 生年 月 |  | 照片 |
| 出生地 |  | 户口所在地 |  | 政 治面 貌 |  |
| 英语水平 |  | 身份证号码 |  |
| 现职称 |  | 现职称取得及聘任时间 |  |
| 执业 类别 |  | 执业资格取得时间 |  | 执业注册地点 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子信箱 |  |
| **主要****教育****背景** | **学历** | **起止时间** | **毕业院校** | **所学专业** | **学习形式** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **工作简历** | **起止时间** | **工作单位** | **从事工作** | **任职** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **发表论文/出版专著情况（请注明发表状态及影响因子）** |
|  |
| **科研情况（请注明主持或参与课题的名称、等级及排名和申请专利情况）** |
|  |
| **获奖情况** |
|  |
| **配偶和子女情况** |
| 姓名 | 年龄 | 学历 | 专业 | 工作单位及职称（务） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **其他需要说明的问题或补充材料** |
|  |
| 本人声明：以上所填写信息准确无误，如有不实，本人愿承担一切责任。 本人亲笔签名： 年 月 日  |

**备注：请将此表（电子版）信息填写完整后，发送至dw2205004@163.com**