**合肥市口腔医院2018年应聘人员资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近期免冠一寸照片 |
| 出 生年 月 |  | 籍 贯 |  | 最高学历（学位） |  |
| 政 治面 貌 |  | 参加党派时间 |  | 婚姻状况 |  |
| 身 份 证号 码 |  | 应聘岗位 |  | 专业方向 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 专业资格及取得时间 |   |
| 现工作单位 |  | 户 籍所在地 |  市（县） 公安局 派出所 |
| 是否有规培证(取得时间) |  | 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 学习经历（大学开始） | 起止年月 | 学校 | 学历 | 专业 |
|  年 月 ～ 年 月 |  |  |  |
|  年 月 ～ 年 月 |  |  |  |
|  年 月 ～ 年 月 |  |  |  |
|  年 月 ～ 年 月 |  |  |  |
| 工作经历 | \*\*\*\*年\*\*月~\*\*\*\*年\*\*月 \*\*\*\*\*医院\*\*\*科 职称 职务 |
| 主持（参与）课题项目情况 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 科研成果 | （科研成果 获奖类别 名称 等级 时间） |
| 发表论文/出版专著情况 | （专著/论文名称 收录于SCI/EI/SSCI 发表刊物（出版社） 时间） |
| 诚信声明 | 本人承诺以上所填内容属实，并已达到报名条件，否则本次考试成绩无效，取消录取资格。签名： 年 月 日 |
| 报考资格审查意见 |   审核人签名：  年 月 日 |

注：① 报名时请携资格审查表、身份证、毕业证书、学位证书、各类资格证书、执业证书等**原、复印件**、专业方向证明 、2张1寸近期免冠正规证件照。其中复印件，请按以上顺序装订在报名表后。

② 本表请用**A4纸正反两面**打印，电脑录入填写清楚，请勿涂改。

合肥市口腔医院人事科 制