|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 正面免冠工作照  （必传） | |
| 出生年月 |  | **籍贯** |  |
| 民族 |  | **政治面貌** |  |
| 婚育情况 |  | **户口所在地** |  |
| 全日制第一学历、学位 |  | **所学专业** |  |
| 最高学历、学位 |  | **所学专业** |  |
| 最高学历毕业院校 |  | **最高学历毕业时间** |  |
| 取得职称 |  | **目前居住地**（省/市/区） |  |
| 规培单位  （应聘医生岗填写） |  | **目前所在单位** |  |
| 应聘岗位 |  | **目前岗位** |  | **邮箱** |  |
| 计算机水平 |  | **英语水平** |  | **移动电话** |  |

**注：以下表格可根据个人情况进行增删后填写**

|  |
| --- |
| 教育背景  【从高中/中专开始的全日制/非全日制学历学位教育】 |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **xx年xx月—xx年xx月** | **学校** | **专业** | **是否全日制** | **学历** | **学位** | **导师姓名** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 工作/实习/进修/博士后经历等  【从第一份正式工作/实习开始】 |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **xx年xx月—xx年xx月** | **单位** | **部门/科室** | **岗位/职称** | **变动原因**  （工作经历者填写） | **证明人及联系方式** | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 获奖荣誉  【列出荣誉奖项的名称、颁布单位、颁布日期等，所列信息需后附证书图片】该项没有可填无 |
|  |
| 教学、科研与学术情况  【教学（资质、荣誉等）；发表论文/著作（标题、期刊、时间、署名顺序）；参与科研项目（名称、角色/排序、起止时间、资助单位）；学术会议/获奖情况】该项没有可填无 |
|  |
| 专业技能与培训  【职业资格证书（名称、编号、发证单位、有效期）；医疗相关培训（如规培、专科培训等）；其他技能（外语/计算机/特殊仪器操作等）】该项没有可填无 |
|  |

|  |
| --- |
| ◤请将所获证书的图片粘贴在下框内◢  【包括但不限于所有学历、学位、英语等级、职称证书、规培证（医生岗）、专培证书、应届生成绩单、应届生推荐表、获奖证书等）】 |
|  |

**本人确认：**

1. **以上信息真实完整，如有虚假愿承担一切责任；**
2. **同意医院对填写的工作/学习经历等涉及的证明人进行背景核实；**
3. **授权医院通过合法渠道核查学历、执业资格、职称等信息。**

**申请人签名**（可电子签名）**：\_\_\_\_\_ \_\_\_ 日期：\_\_ \_\_\_\_\_\_**