|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **山东大学附属生殖医院应聘人员登记表** | | | | | | | |
| **应聘专业：** | | | | | | | |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 政治面貌 | |  | 学历 |  | 婚姻状况 |  |
| 民族 | |  | 身高 |  | 体重 |  |
| 籍贯 | | 省 市 县（区） | | | 健康状况 |  |
| 毕业院校 | |  | | 专业及方向 |  | |
| 毕业时间 | |  | | 外语水平 |  | 导师姓名 |  |
| 执业证书 | | €无 €有 取得时间： | | | 职称 |  | |
| 是否有大型医疗设备上岗证 | | | | | €无 €有 取得时间： | | |
| 是否参加住院医师规范化培训并取得合格证 | | | | | 是否同意调剂 | €是 €否 | |
| 身份证号 | |  | | | 电子邮箱 |  | |
| 联系电话 | | (非济南市需要在前面写0) | | | QQ号码 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | |
| **教育经历** | 起止时间 | | 学历 | 毕业院校 | | 专业 | 全日制/在职 |
|  | | 博士 |  | |  |  |
|  | | 硕士 |  | |  |  |
|  | | 本科 |  | |  |  |
|  | | 专科 |  | |  |  |
| **主修课程** | 起止时间 | | 学历 | 课程名称 | | | |
|  | | 博士 |  | | | |
|  | | 硕士 |  | | | |
|  | | 本科 |  | | | |
|  | | 专科 |  | | | |
| **工作或实习经历** | 起止时间 | | 职位 | 工作单位名称 | | 离职原因 | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
| **家庭成员** | 姓名 | | 称谓 | 工作单位名称 | | 职位 | 联系电话 |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
| 第二页的内容请根据个人情况填写，没有的可不填写，可加页 | | | | | | | |
| **科研项目及发表论文情况** | 论文题目（项目名称） | | | 杂志（项目来源） | | 影响因子 | 位次 |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
| **获奖情况** |  | | | | | | |
| **社团任职情况** |  | | | | | | |
| **应聘理由及其他** |  | | | | | | |
| **信息核对** | 本人郑重承诺：本人所提供的的个人信息、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。  应聘人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| **注：栏目如无信息请填写“无”；获奖情况请填写校级以上获奖；本表正反页打印。** | | | | | | | |

**山东大学附属生殖医院人力资源科制**