**承德医学院附属医院选聘工作人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 婚姻 |  | 健康状况 |  |
| 现学历学位 |  | 所学专业 |  | 学制 |  |
| 毕业学校 |  | 是否全日制 |  | 毕业时间 |  |
| 是否具有执业资格 |  | 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 申报岗位 |  | 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 学习经历 |
| 起止时间（高中起） | 学校名称 | 所学专业 | 毕业时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作（实习）经历 |
| 起止年月 | 医院名称 | 所在科室 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 获奖情况 |  |
| 导师简介 |  |
| 课题及发表论文 |  |
| 本人郑重承诺上述所填个人信息内容属实。 签字： 年 月 日 |