**应聘人员信息登记表**

应聘职位： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | | | |  | | | | 民族 |  | | 照片 | | | |
| 户籍 | |  | | 身份证 号码 | |  | | | | | | | | | | 身高CM |  | |
| 政治  面貌 | |  | | 婚姻  状况 | | □已婚 □未婚 □离异  □已育 □子 □女 | | | | | | | | | | 血型 |  | |
| 第一学历/学位 | |  | | 最高学历/学位 | |  | | | | 取得该学历 /学位类型 | | | | | | □全日制  □半脱产 | | |
| 最高  职称 | |  | | 取得职称日期 | |  | | | | 参加工作时间 | | |  | | | | 执业证能否  变更(医护) | | | | □能 □否 | |
| 联系  电话 | | 1. 2. | | | | | | | | | | | E-mail  /QQ | | | |  | | | | | |
| 户口  地址 | | 省（市） 市 区（县） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现住  地址 | | 省（市） 市 区（县） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紧急  联系人 | |  | | | | 关系 | |  | | | | | | | 联系  电话 | |  | | | | | |
| 教育  背景 | | 起止年月 | | | | 毕业院校 | | | | | | | | | | | 专业 | | | | 学历 /学位 | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 进修  培训  经历 | | 起止年月 | | | | 进修/培训机构 | | | | | | | | | | | 进修/培训内容 | | | | 培训  性质 | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 工作  经历 | 起止年月 | | | | 工作单位 | | | | | | | | | 医院等级/床位量 | | | | 科室 | | 岗位 | | 月薪 | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 社会兼职 | 起止年月 | | | | 兼职单位（医学会/协会） | | | | | | | | | | | | | | | 职务 | | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 年 月— 年 月 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 业务专长成果 | 个人业务专长 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第一作者核心期刊  论文 | | | | □有  □无 | | 论文  标题 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 省市级以上科研成果 奖项 | | | | □是  □否 | | 成果  奖项 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员 | 姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 关系 | | | | 工作单位及职务 | | | | | | | | | 联系电话 | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 既往病史 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 爱好及特长 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 可入职日期 | | |  | | | | | | 期望待遇 | | | | | |  | | | | | | | |
| 求职人员  签名 | | | 1、以上所填写的个人资料属实，如有虚假，一经查实，本人愿意接受解雇处分。  2、本人对医院体检合格后方可录用的规定已知悉并对此无任何异议。  签 名： 日 期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人力资源部  填写内容 | | | 证件核对情况 | | | | □已核对 □已复印（证件： ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 到岗日期 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

注：请用正楷字体准确、如实填写完整该表格。