**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。