附表2

达州市第一人民医院2025年第二批自主招聘

报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考  单位 |  | 报考职位 |  | 职位编码 | |  | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | 如1993.05 | | 照  片  （1寸照） |
| 民族 |  | 户籍所在地 |  | 出生地 | |  | |
| 政治  面貌 |  | 入党时间 | 如2023.05 | 参加工  作时间 | | 如2023.05 | |
| 婚姻  状况 |  | 专业技  术职称 | 持有最高职称，如“主任医师”“教授级高工” | 取得专业技术  职称时间 | | 如2023.05 | | |
| 是否机关事业单位在编在职 |  | 执业资格 | 如：执业医师 | 取得执业资格  时间 | | 如2023.05 | | |
| 最高学历 | |  | 最高学位 |  | | 最高学历毕业时间 | |  |
| 本科  就读（毕业）学校 | |  | 本科  就读（毕业）专业 |  | | 本科学历  方式 | | 全日制、  成人教育 |
| 硕士研究生  就读（毕业）学校 | |  | 硕士研究生  就读（毕业）专业 |  | | 硕士研究生学历方式 | | 全日制、  非全日制 |
|  | |  | 博士研究生  就读（毕业）专业 |  | | 博士研究生学历方式 | | 全日制、  非全日制 |
| 身份证号码 | |  | | | | | | |
| 现工作单位  及职务 | |  | | | 是否同意  调剂 | |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | | |
| 联系方式1 | |  | | 联系方式2 | |  | | |
| 学习经历 | | 从大学本科填起，依次填写时间、学历、学位、专业、院校。起止时间到月（年份用4位数字表示，月份用2位数字表示，中间用“.”分隔），前后要衔接，不得有间断时间。 | | | | | | |
| 工作经历 | | （300字以内）依次填写时间、单位、岗位或职务。可填写与应聘岗位相关的实践、实习经历，如无相关情况，请直接填“无”。从学习经历到工作经历（或截止目前）中间不得有间断时间，如有间断时间，写明择业或待业。 | | | | | | |
| 学术成果贡献 | | （300字以内）结合岗位需要，填写重点学术论文、科研成果、发明创造等；内容呈现有逻辑，通过数据、关键词展现。如无相关情况，请直接填“无”。 | | | | | | |
| 获得的奖项、取得的成绩、资格证书等 | | （300字以内）结合岗位需要，填写重点、优势经历和资格证书；内容呈现有逻辑，通过数据、关键词展现。如无相关情况，请直接填“无”。 | | | | | | |
| 受处分情况 | |  | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系情况 | | 请依次填写称谓、姓名、年龄、政治面貌、工作单位及职务。填全父母、兄弟姐妹及其他主要社会关系人；如已婚，还需填写配偶、子女、配偶父母等情况。 | | | | | | |
| 资格审查意见 | | 审查人签名：  年 月 日 | | | | | | |