|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  蓬溪县人民医院青年医师培训生基本信息登记表 | | | | | | |
| 基本信息 | | | | | | |
| 姓     名 |  | 性    别 |  | 民     族 |  | 电子照片 |
| 出生年月 |  | 健康状况 |  | 身高/体重 |  |
| 籍     贯 |  | 第一学历 |  | 学    位 |  |
| 政治面貌 |  | 第二学历 |  | 学    位 |  |
| 身份证号码 |  | | | 应聘科室/岗位 |  |
| 联系电话 |  | 邮    箱 |  | 专业技术职务任职资格： | |  |
| 获奖情况： | | | | | | |
| 现居住地址： | | | | | | |
| 技能/特长/兴趣： | | | | | | |
| 教育经历 | | | | | | |
| 起止年月  （如：2010.9-2014.7） | 就读学校/培训机构 | | 专业 | 学习形式 | 学历 | 学位 |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 工作经历 | | | | | | |
| 起止年月 （如：2010.9-2014.7） | 工作单位 | | 职务 | 离职原因 | | 证明人 |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 家庭关系 | | | | | | |
| 姓名 | 关系 | 年龄 | 工作单位 | | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| 科研情况 | | | | | | |
| 参与身份 | 项目名称 | | | 课题来源 | | |
|  |  | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
| 论文情况 | | | | | | |
| 参与身份 | 题目 | | | 期刊名称\期刊类别 | | |
|  |  | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
| 备注（其它需说明的情况） |  | | | | | |
| 我已经仔细阅读蓬溪县人民医院招聘相关信息，理解其内容，并郑重承诺：本人所提供的个人信息(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。                                                                                                   签名：                                                         年      月       日 | | | | | | |