**厦门市苏颂医院临床科室学科带头人报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | 性别 |  | 民族 |  | | 照 片  电子档 |
| 出生年月 | | |  | 政治  面貌 |  | 籍贯 |  | |
| 专业技术  职称 | | |  | 现户口  所在地 |  | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 学历  学位 | | 全日制教育  学历（学位） | |  | | 毕业院校系及专业 | |  | |
| 在职教育  学历（学位） | |  | | 毕业院校  系及专业 | |  | |
| 报名岗位 | | |  | | | | | | |
| 现任职部门 | | |  | | | 近一年  考核情况 | |  | |
| 通讯地址 | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 本人  主  要  简  历 | 任职部门、职务（从参加工作开始逐级逐部门填写） | | | | | | | | |
| 获  奖  情  况 |  | | | | | | | | |
| 论  文  课  题 |  | | | | | | | | |
| 应  聘  承  诺 | 以上表格所有内容属实，若有虚假，医院有权取消应聘者应聘资格。  应聘者签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 年 月 日 | | | | | | | | |