**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 |