**浙江大学校医院应聘人员登记表**

应聘岗位： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | | |  | | | 出生年月 | | |  | | | | 民族 | |  |  | |
| 身高 | |  | | | 身体状况 | | | | | |  | | | 国籍 | | | |  | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | | 户籍所在地 | | | |  | | | | |
| 学历 | |  | | 学位 | | |  | | | | | 所学专业 | | | |  | | | | |
| 毕业学校 | | |  | | | | | | | 毕业时间 | | |  | | | 政治面貌 | | |  | |
| 现学习工作单位 | | | |  | | | | | | | | | | | | 职务职称 | | |  | | | |
| 固定电话 | | |  | | | | | | 手机 | | |  | | | | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 通讯地址 | | | 邮 | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | | |
| 配偶姓名 | | |  | | | 出生年月 | | | | | |  | | | 国籍 | |  | | | 户籍所在地 | |  |
| 配偶工作单位及任职 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 子女数 | |  |
| **学历教育经历** | （从高中填起包括国内外学历教育经历：起止时间、学校名称、专业、所获学历学位） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **工作经历** | （工作经历：起止时间、单位名称、从事工作、职务） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **奖惩情况** | （学习、工作期间奖惩情况：时间、奖励单位、奖励名称） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **培训经历** | （培训情况：起止时间、培训名称、培训单位、所获证书） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **资**  **质** | 持有何等职称及资质证书： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **技**  **术**  **特**  **长** | 您有何技术特长？其对您应聘的岗位工作是否具有支持价值？ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **应聘岗位的理由**  **及工作设想** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人郑重声明：1、以上所填内容均属实，如有虚报，愿承担相应责任；**  **2、本人同意浙大校医院对本表存档及开展相关核实工作。**    **签名：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |