重庆市医学会应聘人员信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 | |  | | 登记照 |
| 出生 日期 |  | 籍贯 |  | | 政治 面貌 | |  | |
| 毕业 院校 |  | | 最高 学历 |  | | 最高 学位 | |  |
| 身份 证号 |  | | | | 职称及  评聘时间 | | |  | |
| 手机号 |  | | 电子邮箱 | |  | | | | |
| 学习 经历 | 从高中学习阶段起填（包括起止时间、就读学校、专业、学历） 例：  2015.09-2019.07 ×××学校临床医学专业本科学习 | | | | | | | | |
| 工作 经历 | （包括起止时间、工作单位及部门，岗位或职务） 例：  2019.07-2021.05 ×××医院骨科医生 | | | | | | | | |
| 其他需要说明的情况 | （包括但不限于获得奖惩情况、技能特长等） | | | | | | | | |

本人对以上填写内容的真实性负责，并承担因填报虚假信息而产生的一切后果。

本人签名：

填表日期： 年 月 日

（填写此表时请删除原有红色字体部分）