

岗位代码： 岗位名称：

|  |
| --- |
| **基本信息：** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 年 龄 |   | 本人照片（近期免冠白底） |
| 身 高 |  cm | 体 重 |  kg | 民 族 |  | 籍 贯 |  |
| 婚姻状况 |  | 生育情况 |  | 健康状况 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 毕业学校 |  | 毕业专业 |  |
| 毕业时间 |  | 专业技术职务 |  | 聘任职务 |  | 参加工作时间 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  | 居住地址 |  |
| **学习经历（从高到低填写）：** |
| 取得学历 | 取得学位 | 学制（年） | 入学时间 | 毕业时间 | 毕业学校 | 毕业专业 | 教育形式全日制/在职 | 导 师 |
| 博士研究生 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 硕士研究生 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本 科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大 专 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其 他 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **工作经历（从近到远填写）：** |
| 开始时间 | 截止时间 | 工作单位 | 职务/岗位 | 从事专业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **规范化培训经历：** |
| 证书名称 | 开始时间 | 结束时间 | 培训基地 | 专 业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **资格证、执业证、职称证书等：** |
| 医师资格证书编号 |  | 专 业 |  | 类 别 |  | 签发日期 |  |
| 医师执业证书编号 |  | 执业类别 |  | 执业范围 |  | 执业地点 |  |
| 专业技术资格证书名称 |  | 级 别 |  | 专 业 |  | 批准日期 |  |
| （其他）证书名称 |  | 级 别 |  | 专 业 |  | 批准日期 |  |
| **家庭成员信息** |
| 成员姓名 | 关系 | 联系电话 | 所在单位 | 从事职业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **备注：**1. 请确保以上信息尽量填写完整，如因信息不完整影响简历投递的，单位概不负责。
2. 本人自愿保证所提交及所填写的内容完全属实。

   填写人： 填写时间： |