求 职 申 请 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 政治面貌 |  |
| 全日制学历 |  | 毕业院校 |  | 最高学历 |  |
| 身份证号 |  | 专业资格及 取得时间 |  |
| 家庭详细住址 联系电话 |  | 求职意向 |  |
| 健康状况或申报既往 重病史 |  | 档案存放地 |  |
| 学 习 及 培 训 经 历 | 时 间 | 毕 业 院 校 | 专 业 | 学历 | 证明人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工 作 经 历 | 任职时间 | 任职(实习)单位 | 任职岗位及职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭成员 | 姓 名 | 关 系 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 自我评价及 未来工作展望 |  |
| 资格审核部门意见 |  |
| 领导小组意见 |  |

填表须知：请您如实填写，您的资料我们将予以保密，如有隐满或不实之处，医院可追究相关责任，并解除劳动合同。

确认签名：