附件2

成都双流川华欣口腔门诊部有限公司

应聘登记表

|  |  |
| --- | --- |
| **应聘职位： 是否接受调岗：** | 　 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 |
| 出生年月 | 　 | 民族 | 　 |
| 政治面貌 | 　 | 籍贯 | 　 |
| 婚姻状况 | 　 | 健康状况 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 联系方式 | 　 | 邮箱 | 　 | 爱好及特长 | 　 |
| 通讯地址 | 　 |
| 毕业时间 | 　 | 最高学历 | 　 | 外语语种及水平 | 　 |
| 资格证书 | 　 | 执业证书 | 　 | 卫生专业技术资格 | 　 |
| （级别、类别） |
| 参加工作时间 | 　 | 期望最低薪酬 | 　 | 到岗日期 | 　 |
| **家庭成员（父母、配偶、子女）** |
| 姓名 | 性别 | 关系 | 出生年月 | 联系电话 | 工作单位 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **教育经历（自最终学历向前追溯至高中同等学历）** |
| 起止年月 | 就读学校 | 学历/学位 | 全日制/非全日制 | 专业（具体方向） | 导师 | 学术型/ 专业型 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **主要职业履历（自最近经历向前追溯）** |
| 起止年月 | 就职单位 | 部门 | 职位 | 薪酬 | 证明人 | 联系电话 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 签字备注 | 本人承诺：上述各项内容填报属实，若填报内容与实际不符，由本人承担相应责任。 |
|  本人签字：  年 月 日 |