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 | | | | | |