附件 2

 重庆华西牙科医院管理有限责任公司

招聘登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 招聘职位： 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 (级别、类 别 ) |  | 执业证书 |  | 卫生专业技 术资格 |  |
| 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 |