**2025年福建医科大学附属口腔医院应聘报名表**

**岗位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 民 族 |  | | 贴相片处  （1寸彩照） |
| 出生年月 | |  | | 政治面貌 |  | 籍 贯 |  | |
| 最高学历学位 | |  | | | | 专业技术  职务资格 |  | |
| 毕业学校 | |  | | | 专 业 |  | | |
| 联系方式 | | 电话： 电子邮箱： | | | | | | | |
| 学习经历 | 经历 | | 起止年月 | | 院校名称 | | | 所学专业 | |
| 专科 | |  | |  | | |  | |
| 本科 | |  | |  | | |  | |
| 硕士 | |  | |  | | |  | |
| 博士 | |  | |  | | |  | |
| 工作经历、规培经历、  培训经历 | 起止年月 | | 工作单位或培训单位 | | | | | 岗 位 | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| 获奖  情况 | **（需提供获奖证书等证明材料）** | | | | | | | | |
| 父母、配偶、子女  情况 | （请注明姓名、工作单位） | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |

注：学习及工作经历应如实填写，专业名称须与毕业证书专业一致；本表内容应如实填写，如发现弄虚作假，立即取消应聘资格。本表填写完整后请用A4纸打印。表格不够填写的，可另附纸张说明。

**声明：本人保证以上所填资料真实准确，如有违事实，愿意取消报名、聘用资格。**

**本人签名： 年 月 日**