**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**