**求 职 申 请 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 民族 | |  | 籍贯 |  | | | 照  片 |
| 出生年月 | |  | 年龄 |  | 婚否 | |  | 政治面貌 |  | | |
| 全日制学历 | |  | 毕业院校 | | |  | | 最高学历 | | |  |
| 身份证号 | |  | | | 专业资格及  取得时间 | | |  | | | |
| 家庭详细住址  联系电话 | | |  | | | | | 求职  意向 | |  | | |
| 健康状况或申报既往重病史 | | |  | | | | | 档案存放地 | |  | | |
| 学习及培训经历 | **时 间** | | **毕 业 院 校** | | | | **专 业** | | | **学历** | | **证明人** |
|  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | |  | |  |
| 工作经历 | **任职时间** | | **任职（实习）单位** | | | | **任职岗位及职务** | | | | | **证明人** |
|  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  |
| 家庭成  员 | 姓 名 | | 关 系 | | | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |

填表须知：请您如实填写，您的资料我们将予以保密，如有隐瞒或不实之处，医院可追究相关责任，并解除劳动合同。

　　　　　　　　　　　　　　确认签名：