附件1：

**河北医科大学第三医院**

**器官捐献协调员资格审查报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | | 出生年月 | |  | 贴照片  （粘贴1寸照片或附电子照片  黑白打印均可） | |
| 民 族 |  | 政治面貌 | | |  | | 婚姻状况 | |  |
| 籍 贯 |  | 联系电话 | | |  | | 健康情况 | |  |
| 最高学历 |  | 毕业时间 | | |  | | 毕业院校 | |  |
| 最高学位 |  | 授予时间 | | |  | | 授予院校 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | 是否具有《中国人体器官捐献协调员证》 | |  | | |
| 学习经历  （从高中开始填写，专接本请写清楚） | 学历 | | 入学时间 | | 毕业时间 | | 学 校 | | | 专 业 | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |
| 工作经历 | 科室 | | | 起止时间 | | | | 单 位 | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
| 奖惩情况  兴趣爱好  及特长等 |  | | | | | | | | | | |
| 社会关系 | 关 系 | | 姓 名 | | | 工 作 单 位 | | | | | 职 务 | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |

本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。

应聘人（签名）： 　　　　　 年 月 日