**深圳市卫生健康能力建设和继续教育中心**

**应聘者信息登记表**

 **填表日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 身份证号码 |  |
| 健康状况 |  | 婚育状况 |  | 最高学历 |  |
| 户籍地址 |  | 联系电话 |  |
| 家庭地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 紧急联系人 |  | 与本人关系 |  | 联系电话 |  |
| 参加工作时间 |  | 进入单位时间 | （留空） |
| **政治面貌** |
| 政治面貌 | 参加时间 | 加入单位 | 介绍人（选填） | 转正时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **教育经历**（从高中开始写起） |
| 起止时间 | 学校名称 | 专业 | 学制 |  学历 | 学位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **专业技术信息**（职称） |
| **技术资格名称** | **资格等级** | **取得时间** | **证书号** | **发证机关** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **主要工作经历**（从最近一份工作写起，若仍在职可不写离职原因、证明人等信息） |
| 起止时间 | 工作单位 | 职务 | 薪资/年 | 离职原因 | 证明人及电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **家庭成员**（夫妻、子女、父母） |
| 姓名 | 关系 | 年龄 | 工作单位 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |