附件：

湖北健康职业学院应聘登记表

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照片粘贴处 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 职称  |  |
| 身体状况 |  | 婚姻状况 |  | 邮箱 |  |
| 联系电话  |  | 应聘岗位 |  |
| 资格证书 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  |
| 学习经历 | 起止时间 | 学校名称 | 统招/自考/函授 | 专业 |
|  年 月- 年 月 | <专科阶段>  |  |  |
|  年 月- 年 月 | <本科阶段>  |  |  |
|  年 月- 年 月 | <硕士阶段>  |  |  |
|  年 月- 年 月 | <博士阶段>  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 工作单位 | 职务/岗位 | 从事工作 |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |
| 曾荣获的荣 誉 |  |
| 本人承诺 | 本人承诺以上信息属实，如有虚假，愿意承担相应责任。应聘者（签名）：  |