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）： | | | | | | |