附件2：

**南方医科大学深圳口腔医院（坪山）信息采集表**

意向岗位（科室）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 大一寸证件照 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系手机号 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 裸视视力 |  | 矫正视力 |  | 身高 |  |
| 专业技术资格 |  | 现有职称 |  | 职业资格 |  |
| 紧急联系人及联系方式 |  |
| 学习、工作经历（何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 审 核意 见 | 审核人： 审核日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

说明：1.此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。

2.联系手机号为唯一通知渠道，请注意填写清晰。