**浙江大学医学院附属湖州医院（湖州市中心医院）**

烧伤整形外科负责人报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片（小2寸彩色渐变蓝色免冠照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 现 户 籍所 在 地 |  | 何时参加何党派 |  | 参 加 工作 时 间 |  |
| 健康状况 |  | 身 份 证号 码 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 专业技术职称（执业资格） |  | 专业技术职称取得时间 |  |
| 现工作单位及 职 务 |  |
| 个人简历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主要学术成就（发表论文、科研立项、科技奖励） |   |
| 本人签名 | 本人符合报名条件的要求,所提供的资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃引进资格，并承担由此引发的一切后果。  报名人签名： 2021年 月 日 |
| 资格审核意见 |  盖章 2021年 月 日 |

（A4双面打印）