|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **应聘意向**  （填写后一般不可更改） | | | | | | **志愿1**： 院区 (科室) 岗位 | | | | | | | | | | | | 照片 | |
| **志愿2**： 院区 (科室) 岗位 | | | | | | | | | | | |
| **姓 名** | | |  | | **性别** | |  | | **出生年月** | |  | | | **籍贯** | |  | |
| **政治面貌** | | |  | | **民族** | |  | | **婚育状况** | |  | | | **身高** | |  | |
| **宗教信仰** | | |  | | **学历** | |  | | **学位** | |  | | | **专业** | |  | | | |
| **导师** | | |  | | **方向** | |  | | **外语等级**  **及成绩** | |  | | | **特长** | |  | | | |
| **身份证号** | | |  | | | | **E-mail** | |  | | | | | **手机** | |  | | | |
| **期望薪资** | | |  | | **联系地址** | | | |  | | | | | **家庭地址** | |  | | | |
| **执业资格、取得时间** | | | | |  | | | | | **专业技术资格、取得时间** | | | | | |  | | | |
| **医师必填** | **是否完成住院医师规范化培训** | | | | □已规培 □规培中 □未规培 | | | | | **规培完成/预计完成时间** | | | | | |  | | | |
| **规培主要培训单位** | | | |  | | | | | **是否通过国际眼科医师考试（ICO）** | | | | | |  | | | |
| **家庭主要成员**  **情况** | | **称谓** | | | **姓 名** | | | **工 作 单 位** | | | | | **备 注** | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |
| **学习**  **简历**  从高中起，排名以n/N形式 | | **阶段** | | **起 止 年 月** | | | | **学校名称** | | | | **专业名称及类型**  **（学术型/专业型）** | | | | | **综合成绩排名** | | **证明人** |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  |
| **实习/工作**  **简历** | | **阶段** | | **起 止 年 月** | | | | **单位名称** | | | | | **职务/岗位** | | | | **证明人** | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **奖惩、业绩等重要情况** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **调剂**  **意愿** | | 如未被意向岗位录用，本人是否服从调剂（\*必填，确定请勾选“☑”）：  **1）工作地接受以下哪些院区/分院调剂？请在括号中排序（不限数量）**  ( )温州总院 ( )杭州院区 ( )之江院区 ( )海南分院 ( )上海东方分院 ( )台州分院  ( )绍兴分院 ( )南宁分院 ( )眼视光梦工场门诊部 ( )眼视光眼科门诊部 ( )成都锦江门诊部  ( )眼谷超级眼视光医院 ( )其他（可备注）： □ 不服从工作地调剂  **2）是否接受科室调剂？** □ 接受 □ 不接受 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **院区分院地址** | | * **温州总院**：浙江省温州市学院西路270号； * **杭州院区**：浙江省杭州市凤起东路618号； * **之江院区**：浙江省杭州市西湖区转塘街道象山366号； * **海南分院**：海南省琼海市博鳌乐城国际医疗旅游先行区； * **上海东方分院：**上海市浦东南路551号； * **台州分院**：浙江省台州市椒江区广场南路406号； * **绍兴分院**：浙江省绍兴市越城区二环北路28号梦享城11幢； * **南宁分院：**广西壮族自治区南宁市东葛路105号； * **眼视光梦工场门诊部（温州力天眼视光门诊部）**：浙江省温州市高新区高一路178号； * **眼视光眼科门诊部**：浙江省温州市鹿城区人民东路东联大厦一楼； * **成都锦江门诊部**：四川省成都市锦江区白桦林路1019号附201-205号； * **眼谷超级眼视光医院：**浙江省温州市龙湾区永中街道罗东北街100号B栋。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备注** | | **本人保证：**本人已如实填写并提供应聘材料，不存在弄虚作假或隐瞒等情形，本人身体健康，未隐瞒心理疾病、精神病、传染病、其他既往病史、犯罪记录及被法院列入失信被执行人等情形，否则一经查实，视为不符合录用条件，自动丧失应聘资格。如已录用后发现的，则贵院有权立即解除合同，本人对此已完全知晓并认可。 **本人签字：** 时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |