**上海交通大学医学院附属新华医院**

**临床科室负责人应聘报名表**

**姓 名：**

**应聘岗位：**

**日 期：**

**上海交通大学医学院附属新华医院党委组织部**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | 出生日期 | | | |  | | 照片 |
| 国籍 |  | | | | 民族 | |  | 政治面貌  （加入时间） | | | |  | |
| 籍贯 |  | | | | 参加工作时间 | | |  | | | | | |
| 职称  （时间） |  | | | | 聘任职称  （时间） | | |  | | | | | | 是否在编 |
| 职级 |  | | | | 现任职务 | | |  | | | | | | 是/否 |
| 研究生导师类别  （硕导/博导） | |  | | | 导师资格认定学校  （认定年月） | | |  | | | | | | |
| 身份证号码 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 工作单位、科室（部门） | | | | |  | | | | | | | | | |
| 最高学历  （包括时间、学校、专业） | | | | |  | | | | | | | | | |
| 最高学位  （包括时间、学校、专业） | | | | |  | | | | | | | | | |
| Email地址 | | | | |  | | | | | 手机 | | |  | |
| 户籍地址 | | | | |  | | | | | 居住地址 | | |  | |
| **是否接受调剂（医院将根据报名情况调整应聘岗位）** | | | | | | | | | | | | |  | |
| 家庭  主要  成员  及重  要社  会关  系 | 称谓 | | 姓名 | | | 出生  年月 | | | 政治  面貌 | | | | 工作单位及职务 | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |
| 个 人 简 历 | 工 作 经 历 | | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | | 工作单位 | | | | | | | | | 职称（职务） | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | |
| 学 习 经 历（从高中开始） | | | | | | | | | | | | | |
| 起始年月 | | | 学校 专业 学位层次 | | | | | | | 获毕业证书年月 | | | 获学位证书  年月 |
|  | | |  | | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | | |  |

学术任职情况（限中华医学会、中国医师协会、省部级医学会）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学会名称 | 专科分会（学组） | 担任职务  （注明前任、现任或候任） | | 起止年月 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 获得人才项目情况（2020年10月1日至今）： | | | | | |
| 序号 | 项目名称 | 项目来源 | 起止年月 | 资助经费  (万元) | 项目级别 |
|  |  |  |  |  | 国家级/省部级/局级 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

第一负责人主持科研项目（2020年10月1日至今）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国家级科研项目 | | | | | |
| 序号 | 项目名称 | 项目来源 | 起止年月 | 资助经费  (万元) | 依托单位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 临床研究项目 | | | | | |
| 序号 | 项目名称 | 项目来源 | 起止年月 | 资助经费  (万元) | 依托单位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 省部级科研项目 | | | | | |
| 序号 | 项目名称 | 项目来源 | 起止年月 | 资助经费  (万元) | 依托单位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

原创性研究成果（2020年10月1日至今）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 发表学术论文 | | | | | | | | | |
| 序号 | 论文题目 | | | 期刊名称 | 发表时间及期刊JCR分区  **填写格式：2023（JCR Q1）** | | | | 作者排名 |
|  |  | | |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | |  |
| 申请发明专利，实现成果转化 | | | | | | | | | |
| 序号 | 成果名称 | | 已取得转化成果、意义及评价 | | | 取得年份 | 到账金额  (万元) | | |
|  |  | |  | | |  |  | | |
|  |  | |  | | |  |  | | |
| 国家级/省部级科研成果奖 | | | | | | | | | |
| 序号 | | 成果名称 | 奖励名称、等级 | | | 取得年份 | | 排名 | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |

**注：“作者排名”选填以下内容：**第一作者；共同第一作者，排第 ；通讯作者；共同通讯作者，排名非最后。

各类获奖情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 项目来源 | 起止年月 | 项目级别 |
|  |  |  |  | 国家级/省部级/局级 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

其他医疗、教学、科研、管理工作业绩

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 项目来源 | 起止年月 | 项目级别 | 备注 |
|  |  |  |  | 国家级/省部级/局级 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**本人承诺**

我郑重承诺，本人对应聘表中所填写内容的真实性和完整性负责。

本人签名：

**备注：请提供以下证明材料附件**

1. 最高学历、学位证书

2. 职称资格证书/聘任表、职务任免发文、导师资格、学术任职等证明材料

3. 所列科研项目（第一负责人）立项书等

4. 发表论文、发明专利、成果转化、科研成果获奖等证明材料

5. 其他需要的证明材料