附件2

**赤峰市艰苦边远地区特岗全科医生考试报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申报旗县：  | 申报专业岗位：  |
| 姓  名  |  | 性别  |  | 出生日期  |  | 民族  |  | 贴照片  |
| 参加工作时间  |  | 身体状况  |  | 身高  |  |
| 政治面貌  |  | 身份证号  |  |
| 联系电话  |  | 电子邮箱  |  |
| 出生地  |  | 现户籍地  |  |  |
| 学历、毕业院校、专业及时间  | 全日制教育  |  |
| 在 职 教育  |  |
| **是否**在二级以上医院从事临床工作2年以上经历  |  |
| 专业技术资格  |  | 取得时间  |  |
| 执业资格  |  | 取得时间  |  |
| 注册类别专业  |  | 注册时间  |  |
| 全科或助理全科医师合格证  |  | 取得时间  |  |
| 学习简历  |  |
| 工作简历  |  |
| 奖惩情况  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本人签名：