附件2

# 英德市基层医疗卫生机构选聘全科医生特设岗位报名表

报考单位： 报考岗位及代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | |  | 民 族 |  | | 贴  相  片 | |
| 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 | |  | | | | | | 联系电话 |  | |
| 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 |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | 单位性质 |  | | | |
| 裸视视力 | |  | | | | 矫正视力 | |  | 身高 | |  | |
| 专业技术资格 | |  | | | | 职业资格 | |  | 执业资格 | |  | |
| 基层工作情况及考核结果 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 本人承诺：若进入体检、考察资格，不主动放弃体检、考察资格；若被聘用，保证按时报到，按要求履行满最低服务年限。  签名： 日期： | | | | | | | | | | |

说明：1.此表用蓝黑色钢笔填写，字迹要清楚；

2.此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。