附件

**青川县特岗全科医生公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性　　别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民　　族 |  |
| 籍　　贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学　　历 |  | 学　　位 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 家庭详细地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 执业资格 |  | 发证时间 |  |
| 资格证书编码 |  |
| 执业类别 |  |
| 执业（助理）医师证书编码 |  |
| 执业范围 |  | 报名前是否注册执业 |  |
| 执业地点 |  |
| 省级卫生行政部门组织的全科医生规范化培训、转岗培训或者岗位培训考核是否合格（填写“是”“否”“未参加”） |  |
| 是否受过刑事处罚或正在被立案调查（填写“是”“否”） |  |
| 是否曾被开除公职（填写“是”“否”） |  |
| 报考志愿（请填报XX县） |  | 是否服从分配（填写“是”“否”） |  |