附件2

2019年博白县公开招聘特设岗位全科医生报名登记表

**报考派驻卫生院名称：**

|  |
| --- |
| **1.个人基本信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |  相 片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 专业技术资格 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 家庭详细地址 |  | 户籍所在地 |  |
| 联系电话 |  | 是否服从调剂 |  |
| 邮政编码 |  | 档案保管单位 |  |
| **2.执业（助理）医师资格相关信息** |
| 医师资格证书编码 |  | 发证时间 |  |
| 执业类别及范围 | □临床类别全科医学专业 □临床类别内科专业□中医类别全科医学专业 □中医类别中医专业□其他：请注明: |
| 受聘前是否注册执业 | □是 □否 |
| 医师执业证书编码 |  | 发证时间 |  |
| 执业地点 |  | 执业范围 |  |
| **3.教育培训情况(从中专填起,含进修和培训)** |
| 起始年月 | 终止年月 | 学校名称 | 专业 | 学历学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **4.是否参加过省级卫生行政部门（含中医药管理部门）组织的全科医生规范化培养、转岗培训或者岗位培训** | □是□否 |
| 考核是否合格 | □是 □否 |
| **5.工作经历** |
| 起始年月 | 终止年月 | 工作单位 | 职称 | 从事专业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **6.家庭成员及社会关系情况** | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7.**承诺 | **本人承诺：**以上提供的个人信息及相关证明材料均真实、准确，对提供有关信息、证件不实或违反有关规定造成的后果，本人愿意承担相关责任。报考人签名：年 月 日 |
| 资格审查情况 | 初审签名： 年 月 日 |   复审签名：  年 月 日 |