附件2

**2019**上思**县全科医生特设岗位招聘报名登记表**

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  | （照片） |
| 户口所在地 |  | 技术资格或医师资格 |  | | 政治面貌 | |  |
| 学历　学位 |  | | 参加工作  时   间 | |  | | |
| 毕业院校及专业、时间 |  | | | | | | | |
| 现工作单位 |  | | | | | | | |
| 联系　电话 |  | | | 身份证　号码 | |  | | |
| 个人　简历 |  | | | | | | | |
| 报考　本人　签字 | 本人保证所填内容和提供资料均真实无误，如有虚假不实，服从取消竞岗资格，并承担相应责任。  签字：                         年    月     日 | | | | | | | |
| 资格　审查  意见 | （盖章）    审核人：        　 　   年    月     日 | | | | | | | |