附件：

大名县2019年公开招聘特岗全科医生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | | 出生  年月 | |  | | | 照  片 | |
| 户籍所在地 |  | 民族 |  | | 政治  面貌 | |  | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | | | | | |
| 医师资格证和执业证 |  | | | | | | | 报考  岗位 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 |  | | |  | | |
| 学习工作经历 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要成员 | 姓名 | 称谓 | | 工作单位及职务 | | | | | | | 备 注 |
|  |  | |  | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | | |  |
| 报名人员  承 诺 | 本人承诺：以上所填信息及提供资料真实准确，符合招聘岗位所需的资格条件。如有虚假， 本人自愿承担相应责任。  应聘人签字（手写）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 初审意见 | 审查人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 复审意见 | 审查人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |

填表说明：1、此表电脑录入后打印或蓝黑水钢笔、签字笔填写，字迹要清楚；2、学习和工作简历从高中毕业生依次填写。