|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2019年安溪县全科医生特色岗位计划聘用人员备案表 | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 毕业院校 | 专业 | 医师资格证书编号 | 医生资格证取得时间 | 执业 类别 | 执业 范围 | 培训 经历 | 原工作 单位 | 聘用 单位 | 服务起止时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安溪县卫生健康局审核意见 | | | | | 安溪县人社局审核意见 | | | | | 安溪县财政局审核意见 | | | | |
| （盖章）                                        年  月  日 | | | | | （盖章）                                                                                       年  月  日 | | | | | （盖章）                                                                               年  月  日 | | | | |
|
|
|
|
|
| 备注：1.“医师资格证取得时间”应填写执业医师资格证书落款时间。                                                                                                    2.“培训经历”填写经省级卫生健康行政部门认可的全科医生规范化培训、骨干培训、转岗培训或岗位培训。应聘前无相应培训经历的可不填写。                                                                                                                                   3.“原工作单位”应聘前无工作单位的可不填写。退休人员、人才中介机构的人事代理人员须注明。                                                                 4.“服务起止时间”填写聘用合同约定起止时间，填报格式如“2019.01-2021.12”。 | | | | | | | | | | | | | | |
|
|