**附件2：**

2019年神池县特岗全科医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学 历 |  | 健康情况 |  |
| 身份证号 |  |
| 取得执业医师时间 |  | 执业类别 |  |
| 执业医师证编号 |  | 是否全科医生或省认可的考核合格人员 |  |
| 原工作单位 |  | 进入时间 |  |
| 现在家庭住址及邮编 |  | 联系电话 |  |
| 原工作单位意见 |  负责人：（盖章） 年 月 日 |
| 卫健部门审核意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |