附件

恩施州全科医生特设岗位计划报名登记表

|  |
| --- |
| 1.个人信息 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 专业技术资格 |  | 户籍所在地 |  |
| 身份证号 |  |
| 婚姻状况 |  | 档案保管单位 |  |
| 家庭详细地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 2.执业医师资格相关信息 |
| 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 □中医类别全科医学专业 □临床类别内科专业 □中医类别中医专业□其它，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 | 接受教育机构名称 | 专业 | 学历学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 4.是否参加过省级卫生健康行政部门（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.报名人承诺 | 本人承诺以上情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。  报名人员签名：             年   月   日 |
| 7.审核意见 | 县市卫生健康部门意 见 | 年 月 日 | 县市人社部门意 见 | 年 月 日 |
| 州卫生健康部门意见 | 年 月 日 | 州人社部门意见 | 年 月 日 |

说明：本表一式两份，用A4纸双面打印。须如实填写表里相关信息，经审核发现与事实不符的，取消招聘资格。