附件2

**2020年承德市妇幼保健院承德市儿童医院招聘工作人员报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 | | |  | 出生年月 | | |  | | | | | 照片 | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | 政治面貌 | | | |  | | | | |
| 民族 | | |  | | | | | 职称(职务) | | | |  | | | | |
| 生源地 | | |  | | | | | 户籍所在地 | | | |  | | | | |
| 本人特长 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 报考岗位 | | |  | | | | | | | | 岗位代码 | | |  | | | | | |
| 执业资格条件（划“√”） | | | 1、执业医师资格（执业助理医师资格）  2、执业护士资格3、执业药师资格4、其他资格资质： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毕业院校 | | |  | | | | | | | | 学历 | | |  | 是否全日制 | | | |  |
| 所学专业 | | |  | | | | | | | | 学位 | | |  | 毕业时间 | | | |  |
| 在校期间担任主要职务 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 学习工作简历 | 起止日期 | | | | | 学校或工作单位名称 | | | | | | | | 所学专业或从事岗位 | | | | 任何职务 | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员 | | 关系 | | 姓名 | | | 年龄 | | | 工作单位及职务 | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | | | |
| 联系电话 | | 固话： | | | | | | | | | | | 手机： | | | | | | |
| 招聘单位  审查意见 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人郑重承诺：所提供的个人信息、证明材料、证件等真实、准确，遵守事业单位公开招聘的各项规定，诚实守信、严守纪律。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律造成的后果，愿承担相应责任。  **本人签字： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1、本报名表统一使用计算机打印，基本信息内容不可手写填表，所有项目须如实填写。

2、报名资格审核时需携带报名表、各种证书、证件原件及复印件各一份。

3、考生签字栏无考生本人签字或使用计算机打印签字均无效。

附件3

**流行病学调查表**

根据国家卫生健康委员会、国家中医药管理局颁发的**《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》**文件，依照**《中华人民共和国传染病防治法》**的规定，需要全面统计填报新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控信息，请您提供**真实、准确**的流行病学史信息，感谢您的配合！

**一、基本情况**

姓名： 性别： □男 □女 年龄： 联系电话： ;

家庭住址： ;

**二、流行病学史**

1.14天内有病例报告地区的旅行史或居住史（相关如：武汉、东北三省、北京市、乌鲁木齐等）。（□有 □无）

2.14天内与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性）接触史（□有 □无）

3.14天内曾接触过来自有病历报告地区的发热或有呼吸道症状的患者（相关如：武汉、东北三省、北京市、乌鲁木齐等）（□有 □无）。

4.居住地是否有聚集性发病。（□有 □无）。

5.14天内是否到过境外或接触过2周内境外归国人员。（□有 □无）

6.十天内是否到过动物鼠疫流行区。（□有 □无）

7.在10天内接触过来自鼠疫疫区的疫源动物、动物制品、进入过鼠疫实验室或者接触过鼠疫实验室用品。（□有 □无）

**三、临床表现**

您是否有以下情况：

发热，体温大于等于37.3°C （□是 □否） 乏力（□是 □否）

咳嗽（□是 □否） 咳痰（□是 □否） 鼻塞（□是 □否）

呼吸困难（□是 □否）

本人签名： 日期：