**附件1：**

**特岗全科医生公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |  | | 性    别 |  | | 相片 | | |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 |  | |
| 最高学历 |  | | 专业 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | | |
| 家庭详细地址 |  | | | 邮政编码 | |  | | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 助理医师资格证书编码 | |  | | | | | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | | |
| 执业类别 | |  | | | | | | |
| 执业医师证书编码 | |  | | | | | | |
| 执业范围 | |  | | | 报名前是否注册执业 | |  | |
| 执业地点（两个及以上执业地点并列填写，并注明执业时间） | |  | | | | | | |
| 省级卫生计生行政部门组织的全科医生规范化培训、转岗培训或岗位培训考核是否合格（填写“是”、“否”或者“未参加”） | | | | | | | |  |
| 报考岗位（根据《特岗全科医生招聘计划表》，填写××县××卫生院） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 本人签字： | | | | |  | | | |