附件4

2020年全科医生特设岗位计划报名表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | | 民 族 |  | | 照片 | |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 | | | |  | | |  | |
| 身份证号 |  | | 参加工作  时间 | | | |  | | |
| 第一学历和  学位 |  | 毕业院校及专业 | |  | | | | | | |  | |
| 最高学历和学位 |  | 毕业院校及专业 | |  | | | | | | |
| 毕业时间 |  | | 身份证号 | | | |  | | |  | |
| 岗位管理  单位 |  | | | | | | 报考岗位及  岗位代码 | | |  | | |
| 相关证书  及编号 |  | | | | | | | | | | | |
| 手机 |  | | | | | 固定电话 | | |  | | | |
| 主要简历  （从高中起） |  | | | | | | | | | | | |
| 受过何种 奖励或处分 |  | | | | | | | | | | | |
| 报名人  声 明 | 本人郑重承诺：本人提交的信息资料真实、准确，经与所报岗位报考资格条件核实，确认本人符合该岗位的报考资格条件。如本人不符合考试报名条件进行了报名，由此而产生的一切后果由个人承担，无条件服从有关部门做出的考试成绩无效、不能进入面试及不予聘用的决定。  报名人签字： | | | | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人姓名： | | | | | | | | | | | |