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： |