附件4

兰考县2020年特岗全科医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 民 族 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 | |  | | |
| 毕业学校 |  | | 所学专业 | |  | | |
| 学 历 |  | | 学 位 | |  | | |
| 毕业时间 |  | | 身份证号码 | |  | | | |
| 全科医生证书编号 | | |  | | | | | |
| 报考岗位 | |  | | | 岗位代码 | |  | |
| 毕业证书编号 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 相关证书及编号 | |  | | | | | | |
| 主要简历  （从高中起） | |  | | | | | | |
| 报名人  声 明 | | 我已仔细阅读《兰考县2020年特招医学院校毕业生及特岗全科医生招聘公告》，清楚理解并接受其内容，本人郑重承诺：所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，不弄虚作假，严格遵守考试纪律，不作弊或协助他人作弊。如有违反，本人自愿承担相应责任。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | |