附件1：

新县2021年特岗全科医生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 照  片  （一寸免冠照片） |
| 民 族 |  | 出生年月 | |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 | |  |
| 身份证号码 |  | | | 毕业时间 |  |
| 毕业院校及专业 |  | | | | |
| 家庭地址 |  | | 手机号码 | |  |
| 报考单位及岗位 |  | | | | |
| 学习、工作期间  奖励和处分 |  | | | | |
| 本人承诺 | 1.本人自愿参加河南省全科医生特设岗位计划，并保证本人相关信息真实有效。  2.本人将按照规定的时间及时前往相应服务地报到，并服从岗位分配，除不可抗力外，不以任何理由拖延。  3.服务期间，本人将自觉遵守国家法律和河南省全科医生特设岗位计划的相关管理规定，爱岗敬业，尽职尽责。  承诺人（签名）：  年 月 日 | | | | |
| 单位审核  意见 |  | | | | |

注：1.本表一式2份;2.除审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写;填写时请使用正楷字体;3.照片背面须写上报考者姓名。