**附件2：**

**遵义市汇川区人民医院2022年选拔学科带头人报名表**

**意向职位**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 身高 |  |  |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 户籍所在地 |  |
| 婚姻状况 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | 健康状况 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专业技术职称资格名称 | - | 专业技术职称取得时间 | - |
| 具备何种从业资格 |  | 执业医师执业范围 | - |
| 规培合格证及取得时间 | - | 是否与其他单位签有劳动合同 |  |
| 个人学习及工作简历（自高中起） | 起止时间 | 工作（学习）单位 | 所从事工作 | 证明人及电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报名初审意见 | 审查人签字:年月日 | 报名复审意见 | 审查人签字：年月日 |

**注：以上表格内容必须填写完整，请勿改动表格格式。**