**迪庆州特设岗位全科医生服务期满定向考核招聘为事业单位专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | 姓  名 |  | | 性  别 | |  | | |  |
| 籍  贯 |  | | 民  族 | |  | | |
| 出生年月 |  | | 身份证号 | |  | | |
| 政治面貌 |  | | 联系电话 | | |  | |
| 最高学历 |  | | 学历性质 | | |  | | |
| 报考岗位代码 |  | | 报考单位及岗位 | | |  | | |
| 毕业学校、专业及时间 |  | | | | | | | |
| 专业技术资格 |  | | 专业技术资格取得时间 | | |  | | |
| 聘用为特设岗位全科医生时间 | |  | | 全科助理医师培训合格时间 | | |  | |
| 年度考核结果 | 2019年： 2020年： 2021年： 2022年： | | | | | | | |
| **简历 (从高中开始)** | | 起始时间(学历,所学专业,毕业学校)  起始时间(工作单位) | | | | | | | |
| **承诺书** | | 本人郑重承诺：上述填写内容和报名时提供的相关证件真实可靠，符合招聘公告的报名条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  承诺人：   年 月 日 | | | | | | | |
| **审核意见** | | 资格审查意见： ① 通过 ② 不通过  签字：  年 月 日 | | | | | | | |