附件

**县（区）特岗全科医生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | | 出生年月  （ 岁） |  | | 照片 | |
| 籍 贯 |  | | 民族 |  | | | 政治面貌 |  | |
| 学 历 |  | | | 学 位 | | | |  | |
| 毕业院校  及专业 | |  | | | | | 毕业时间 |  | |
| 现工作单  位及职务 | |  | | | | | 参加工  作时间 |  | 是否为在编在岗人员 | |  |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | 发证时间 |  | 是否参加省级相关培训 | |  |
| 医师执业证书编码 | |  | | | | | 发证时间 |  |
| 执业类别及范围 | |  | | | | 身份证号码 | |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | |
| 邮政编码 | |  | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 学习及工作经历 |  | | | | | | | | | | |
| 本人  承诺 | 本人已认真阅读招聘公告并严格遵守公告规定。本表所填写的内容、信息准确无误，提交的证件、材料和照片真实有效。如有虚假，由本人依法依规承担一切责任和后果。  报考人员（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 选报　单位 |  | | | | | | | | | | |
| 审核  意见 | 审核人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

报名序号：

注：1.本表一式3份。2.除报名序号和审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其他项目均由报考人员填写。填写时请使用正楷字体。3.每份表格贴1张照片。