|  |
| --- |
| 附件1管城回族区特岗全科医生报名表报名序号：  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学 　历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 码 |  | 毕业证书编 号 |  |
| 家庭详细住 址 |  | 联系电话 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 发证时间 |  |
| 执业类别及范围 | □临床类别全科医学专业 □中医类别全科医学专业 □临床类别内科专业 □中医类别中医专业 □其他 □无 |
| 是否注册执业 | □是 | 医师执业证书编码 |  | 发证时间 |
| □否 |  |
| 执业地点 |  | 执业范围 |  |
| 是否参加过省级卫生行政部门（含中医药管理部门）组织的全科医生规范化培养、转岗培训或者岗位培训 | □ 是 |
| □ 否 |
| 本人简历（从高中填起） |  |
| 报名人承 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，由此产生的一切后果由本人承担。 报考人员（签名）： 年 月 日 |
|
|
| 资格审查意　　见 | 审核人（签名）： 年 月 日 |

注：1.报名表一式2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。3.每份表格贴1张一寸彩色照片。