|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | | | | | | |
| 2024年开封市顺河回族区特岗全科医生报名表 | | | | | | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 1寸彩色免冠照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 特岗全科医生报考代码 | 乡镇卫生院 | | | 报考专业 | 全科医生 | |
| 家庭详细住址 |  | | | 联系电话 |  | |
| 身份证号 |  | | | 现职称及职业资格 |  | |
| 本  人  简  历 |  | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | | 工作单位及联系电话 | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| 报名人  声 明 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。    报名人签字： | | | | | |