|  |
| --- |
| 附件2  **惠来县基层卫生院公开招聘特设岗位全科医生报名表**  |
| 准考证号： |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 贴相片 |
| 出生年月 |  | 婚 姻状 况 |  | 政 治面 貌 |  |
| 身份证号码 |  | 考 生类 别 |  |
| 籍 贯 |  | 户籍地 |  |
| 通讯地址 |  | 联 系电 话 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕 业时 间 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 卫生专业技术资格 |  | 执业医师类别 |  | 执业范围 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 参加工作时间 |  | 单 位性 质 |  |
| 报考单位 |  | 岗 位代 码 |  | 是 否服从调剂 |  |
| 学习工作经历 （按时间顺序，从中学开始，填写何年何月至何年何月在何地、何单位工作学习、任何职）  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭成员及主要社会关系  | 姓名、与本人关系、工作单位及职务、户籍所在地 |
|  |
| 有何特长及突出业绩  |  |
| 奖惩情况  |  |
| 报名人员承诺  | 本人承诺以上情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。报名人员签名： 20 年 月 日 |
| 县卫计局审查意见  | 审查人员签名： 20 年 月 日（盖章） |
| 备注 |  |

|  |
| --- |
| 说明：1、考生类别为在编在岗人员或社会人员； 2、单位性质为事业（机关）单位、国有企业或私营单位等。 |