|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |