|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件二： |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
| 焦作市2017年特招医学院校毕业生和特岗全科医生报名表 序号： | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民族 | | |  | 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 |  | | 婚否 | | |  |
| 特招毕业生报考岗位 | 县级医疗机构 | |  | | | 乡镇卫生院 | | |  | |
| 特岗全科医生 |  | | | | | 报考岗位代码 | |  | | |
| 家庭详细住址 |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 身份  证号 |  | | | | | | | | 现职称及  执业资格 |  |
| 本 人 简 历 |  | | | | | | | | | |
| 报名人声 明 | 本报名表所填信息准确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。 | | | | | | | | | |
|
| 报名人签名： | | | | | | | | | |
|
| 资格审查意见 | 审查人签名： | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |
|
| 填表日期：年 月 日 | | | | | | | | | | |