道里区社区卫生服务中心公开招聘医疗专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 出生日期 |  | 籍贯 |  | 职称 |  |
| 身份证号 |  | 现户籍所在地 |  |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 取得医师资格证书时间 |  | 医师资格证书类别 |  |
| 是否取得住院医师规范化培训合格证书 |  | 是否具有全科医学专业中高级技术职务任职资格 |  |
| 报考专业 |  | 报考单位 |  |
| 岗位名称 |  | 岗位代码 |  |
| 联系电话 |  |
| 个人学习及工作简历：报名人签字： |

|  |
| --- |
| 县、区卫生计生局审查意见审核人： （公章）年 月 日 |
| 市卫生计生委审查意见 （公章） 年 月 日 |