附件4

兰考县2018年特岗全科医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业时间 |  | 身份证号码 |  |
| 全科医生证书编号 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 毕业证书编号 |  | 联系电话 |  |
| 相关证书及编号 |  |
| 主要简历（从高中起） |  |
| 报名人声 明 | 我已仔细阅读有关招聘公告，清楚理解并接受其内容，本人郑重承诺：所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，不弄虚作假，严格遵守考试纪律，不作弊或协助他人作弊。如有违反，本人自愿承担相应责任。 本人签字：  年 月 日 |
| 资格审查意见 | 审查人姓名： |