附件2

**2020年神农架林区特设岗位全科医生公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 | 省 市（县） | | | | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 | | 1、  2、 | |
| 毕业学校及所学专业 |  | | 学历学位 | | | 学历：  学位： | |
| 医师资格  证书名称 |  | | 医师资格证书编码 | | |  | |
| 医师执业  证书编码 |  | | 执业类别  及注册范围 | | |  | |
| 现有职称 |  | | 现工作单位 | | |  | |
| 拟报岗位 | 神农架林区 卫生院 | | | | | | |
| 是否参加过全科医生  规范化培训 | |  | | 是否取得全科医师  规范化培训合格证 | | |  |
| 本人学习和工作简历（自高中填起） |  | | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，产生的一切后果由本人承担。  报名人签名： 报名人承诺时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 招聘部门  审查意见 | 审核人：    审核日期： 年 月 日 | | | | | | |

**此表一式二份，用黑色笔填写，字迹要清楚。**