|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  管城回族区特岗全科医生报名表  报名序号： | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  | |
| 学 　历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  | |
| 身份证  号 码 |  | | | 毕业证书  编 号 |  | | |
| 家庭详细  住 址 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 医师资格证书编码 |  | | | 发证时间 |  | | |
| 执业类别及范围 | □临床类别全科医学专业 □中医类别全科医学专业 □临床类别内科专业 □中医类别中医专业 □其他 □无 | | | | | | |
| 是否注册  执业 | □是 | 医师执业  证书编码 | |  | | | 发证时间 |
| □否 |  |
| 执业地点 |  | | 执业范围 |  | | | |
| 是否参加过省级卫生行政部门（含中医药管理部门）组织的全科医生规范化培养、转岗培训或者岗位培训 | | | | | | □ 是 | |
| □ 否 | |
| 本人简历 （从高中填起） |  | | | | | | |
| 报名人 承 诺 | 一、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，由此产生的一切后果由本人承担。  二、如因不符合报考条件而未被报考单位录取，所造成一切后果由我个人负责。  报考人员（签名）： 年 月 日 | | | | | | |
|
|
| 资格审查 意　　见 | 审核人（签名）： 年 月 日 | | | | | | |

注：1.报名表一式2份。2.除报名序号和审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其他项目均由报考人员填写。填写时请使用正楷字体。3.每份表格贴1张照片，等面试时带到考场。