附件：

广海局科考船医疗保障岗位志愿者申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | |  | | 民 族 |  | | |  |
| 出生年月 | |  | | 籍贯 | |  | | 政治面貌 |  | | |
| 现户籍地 | |  | | | | | | 婚姻状况 |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 联系电话 |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | |
| 邮箱 | |  | | | | | | | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | 毕业时间 |  | | | |
| 所学专业 | |  | | | | | | 学历及学位 |  | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | 单位性质 |  | | | |
| 医师资格证书取得时间 | |  | | | | | | 医师执业证书取得时间 |  | | | |
| 主要  学习经历 | | 起止时间 | | | 学校院系 | | | | 专业 | | 学历学位 | |
|  | | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | |
| 主要  工作经历 | | 起止时间 | | | 工作单位 | | | | | 工作岗位 | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
| 家庭成员及主要社会关系  （包括父母、配偶、子女等） | 姓 名 | | 与本人关系 | | | | 工作单位及职务 | | | 户籍所在地 | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
| **本人郑重声明：以上所填内容准确，真实，明白“提供虚假资料属欺诈行为，严重违纪，愿承担一切后果”。**  申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 审 核  意 见 | 审核日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | |

说明：如实填写内容，经审核发现与事实不符的，责任自负。