附件2：

**[2020年团风县](http://www.baidu.com/link?url=Ryt7y5uQoKXkgtizmunSr6CdPIZACXCJq_1bsavrD_-DH_NXABSZJhW28iEYQenieSbNP9ziA-HSRPJz55QvM_&wd=&eqid=f61eb94c000006ba000000035acc1ede" \t "_blank)公开招聘全科医生特设岗位人员**

**报 名 登 记 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1、个人信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | | 性 别 | | | |  | | | | | | 相 片 | | |
| 出生年月 | |  | | | | 民 族 | | | |  | | | | | |
| 籍 贯 | |  | | | | 政治面貌 | | | |  | | | | | |
| 学 历 | |  | | | | 学 位 | | | |  | | | | | |
| 专业技术资格 | |  | | | | 户籍所在地 | | | |  | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | |  | | | | | 档案保管单位 | | | | | | | |  | | | |
| 家庭详细地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | 电子邮箱 | | | | | | |  | |
| 2、执业医师资格相关信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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，请注明： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受聘前是否注册执业 | | | □是 □否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | | | | | | 发证时间 | | | | | |  | |
| 执业地点 | | |  | | | | | | | | 执业范围 | | | | | |  | |
| 3、教育培训情况（从中专填起，含进修和培训） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起始年月 | 终止年月 | | | 接受教育机构名称 | | | | | | | | 专 业 | | | | | | 学历学位 |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  |
| 4、是否参加过省级卫生计生行政部门（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 |
| 考核是否合格 | | | | □是 □否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5、工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起始年月 | 终止年月 | | | | 工作单位 | | | | | | | | 职 称 | | | | | 从事专业 |
|  |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |
| 6、特岗全科医生申请应聘岗位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 招聘单位 |  | | | | | | | 派驻卫生院 | | | | | |  | | | | |
| 是否服从调剂 | | | □是 □否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7、个人诚信承诺 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人郑重承诺：此表我已完整填写，所填个人信息均属实，所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如信息填写不完整或有不实之处，出现所有后果由本人承担。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8、报考资格审查意见 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级卫生健康行政部门、人社部门意见  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | 市级卫生健康行政部门、人社部门意见  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：此表一式三份填写，分别由县级、市级卫生计生行政部门和人社部门各留存一份。