附件：

慈溪市卫生健康局公开比选局管干部报名表

报名职位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生日期 |  | | | |  | |
| 身份证号 |  | | | | 籍贯 |  | | | |
| 政治面貌 |  | | 民族 |  | 户籍地 |  | | | |
| 毕业院校 |  | | | | 学历 |  | | | |
| 所学专业 |  | | | | 学位 |  | | | |
| 毕业时间 |  | | | | 手机号码 |  | | | | | |
| 参加工作时间 | |  | | | 紧急联系方式 | |  | | | | |
| 现工作单位 | |  | | | 专业技术资格 | |  | | | | |
| 医师资格类别 | |  | | | 住院医师规范化培训情况 | | | | | |  |
| 学习经历 |  | | | | | | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | | |
| 上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切责任。  考生签名： | | | | | | | | | | | |
| 审 核  意 见 |  | | | 审核人 |  | | | 审核时间 | 年 月 日 | | |