附件

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2020年栾川县招聘特岗全科医生报名表 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生年月 |  |  |
| 毕业院校 |  | | | 专业 |  |  |
| 毕业时间 |  | 学历 |  | 健康情况 |  |  |
| 身份证号 | |  | | | | |
| 原工作单位 | |  | | 招聘的县级公立医院 | |  |
| 派驻的乡镇卫生院 | |  | | | | |
| 执业医师资格  取得时间 | |  | | 执业类别 | |  |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  年 月 日 | | | | | |