**附件1：**

**特岗全科医生公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |   | 性    别 |   | 相片 |
| 出生年月 |   | 政治面貌 |   |
| 最高学历 |   | 专业 |   |
| 身份证号 |   |
| 户籍所在地 |   |
| 家庭详细地址 |   | 邮政编码 |   |
| 联系电话 |   | 电子邮箱 |   |
| 助理医师资格证书编码 |   |
| 医师资格证书编码 |  |
| 执业类别 |   |
| 执业医师证书编码 |   |
| 执业范围 |   | 报名前是否注册执业 |   |
| 执业地点（两个及以上执业地点并列填写，并注明执业时间） |  |
| 省级卫生计生行政部门组织的全科医生规范化培训、转岗培训或岗位培训考核是否合格（填写“是”、“否”或者“未参加”） |   |
| 报考岗位（根据《特岗全科医生招聘计划表》，填写××县××卫生院） |
|   |
| 本人签字： |   |