|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4 | | | | | | | |  |
| 2024年安阳市全科医生特设岗位计划报名表 | | | | | | | |  |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 二寸彩色 免冠照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 | | |  | |
| 身份证号 |  | 参加工作时间 | | |  | |
| 第一学历、学位 |  | 毕业院校及专业 | | |  | |
| 最高学历、学位 |  | 毕业院校及专业 | | |  | |
| 报考单位 |  | | | 报考专业 及岗位代码 | |  | |
| 联系电话 |  | | | 是否有不得报考情形 | | 有（） 无（） | |
| 取得职称或资格证书名称及编号 |  | | | | | | |
| 主要简历 （从上高中填起，尤其是上大学起始时间、院校、专业、学历及毕业后工作情况填写要详细完整） |  | | | | | | |
|
| 受过何种奖励或处分 |  | | | | | | |
| 报名人 声明 | 本人郑重承诺：  本人提交和填写的信息资料真实、准确、完整，经与所报岗位报考资格条件核实，确认本人符合该岗位的报考资格条件，无不得报考情形。如本人不符合考试报名条件进行了报名或在报名表中有漏填、误填、隐瞒，将无条件服从有关部门做出的考试成绩无效、不能进入聘用程序及不予聘用等决定，已缴纳的考试费用不予退回，由此而产生的一切后果由本人承担。  报名人签字： | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人签字： | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |