附件

**三明市宁化县全科医生特设岗位考核招聘报名信息表**

**（请认真阅读说明后填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | | | 性别 | |  | | | | | 出生年月日 | | |  | | 照  片 | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | | | 政治面貌 | | |  | |
| 学历 学位 | 全日制教育 | | | |  | | | | 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | | 毕业时间 | |  |
| 在职教育 | | | |  | | | | 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | | 毕业时间 | |  |
| 是否属在职人员 | | | |  | 现工作单位（机关事业 在编在岗人员填写） | | | | | | |  | | | | | | | 工作年限 | |  |
| 职 称 | |  | | | | | | | | | 执业范围 | |  | | | | | | 任职年限 | |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 邮编 | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 备注 | |  | | |
| 本人学习  或工作经历 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要社 会关系 | | 姓名 | | | | 性别 | 出生年月 | | | | | | | 现工作单位及职务或职称 | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 资格  初审  意见 | | 审核人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | 人社  卫计  部门  复审  意见 | | 审核人：  年 月 日 | | | | | |

**说明：** 1、此表由报考者本人填写，并经项目实施县区卫计局审核，完善报名手续；

2、请报考者如实详尽真实准确地填报个人资料，如所填信息与事实不符，或提供虚假材料的，将取消报考资格，后果由报考者自负；

3、请报考者仔细阅读公告和报考资格条件，完全符合报考资格条件的填写此表。

考生签名： 年 月 日