附件：

大田县2017年全科医生特设岗位招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片（二寸） |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 执业类别 |  |
| 医师资格证取得时间 |  | 执业范围 |  |
| 报 考 岗 位 |  |
| 培训经历 |  |
| 个人简历 |  |
| 县总医院审核意见 |  |
| 县卫计局审核意见 |     年   月    日 | 县公务员局审批意见 |        年   月   日 |