泰宁县2017年全科医生特设岗位公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓   名 | |  | 性别 | | |  | 出生年月 |  | | |  |
| 籍 贯 | |  | 民族 | | |  | 政治面貌 |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | 住址 |  | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | 毕业时间 |  | | |
| 所学专业  （方向） | |  | | | 学   历 | |  | 学   位 | | |  |
| 第一学历 | |  | | | 第一学历所学专业 | | |  | | | |
| 现工作单位  及  职  务 | |  | | | | | 现人事档  案所在地 |  | | | |
| 专业技术职务任职资格 | |  | | | | | 执业资格 |  | | | |
| 联系地址  (邮编) | |  | | | | | 联系电话 |  | | | |
| 个  人  简  历  （从高中起） | |  | | | | | | | | | |
| 报考单位 | |  | | | | | | | | | |
| 报  考  人  签  名 | 本人确认符合报考岗位所需的资格条件，无违法犯罪记录，提供的材料真实、有效，如审查不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。    报考人签名：  年   月   日 | | | 资格  审核  意见  见 | | 审核人签名：  年   月   日 | | | 人事  部门意见 | 年   月   日 | |
| 备注：1.报考人应对所填报资料的真实性负责，如弄虚作假，即取消考试资格或聘用资格；  2.报考人须打印本报名表一式三份，并附岗位要求的相关材料原件及复印件作为资格审核时用；  3.被聘用后存入个人档案。  4.报名地点：泰宁县卫计局办公室，联系电话：0598-7832134 | | | | | | | | | | | |