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 |