附件

**齐齐哈尔全科医生特设岗位报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出 生 年 月** |  | 2寸近期免冠蓝底彩色证件照 片 |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **户 籍 所在地** |  |
| **政治面貌** |  | **健 康 状 况** |  | **身 份 证 号** |  |
| **学 历****学 位** | **全日制 教 育** |  | **毕业院校及所学专业** |  |
| **在 职 教 育** |  | **毕业院校及所学专业** |  |
| **继续教育 情 况** |  |
| **专业技术资格** |  | **联系电话** |  |
| **医师资格****证书号码** |  | **医师资格证书 发 证 时 间** |  |
| **医师执业 证 书** | **编 码** |  | **执业类别及 注册范围** |  |
| **发证时间** |  |
| **是否参加全科医生规范化培训、 转岗培训或岗位培训并取得合格证** |  |
| **拟报岗位** |  | **是否服从岗位调剂** |  |
| **教育培训情况（从中专填起，含进修和培训）** |  |
| **工作经历（起止年月、工作单位、职称、从事专业）** |  |
| **报名本人****承 诺** | 报名时所提供的身份证明、学历证书、资格证书、执业证书和相关证明等真实、准确、有效，如提供虚假证明和信息，本人愿承担一切责任。  签名：  年 月 日 |
| **所在单位****意 见** |  （盖章） 年 月 日 |
| **县卫生计生局 意 见** | 经审核，该同志 符合 不符合报名条件， 同意 不同意其参与全科医生特设岗位招聘报名。（盖章） 年 月 日 |
| **市卫生健康委 意 见** | 经审核，该同志 符合 不符合报名条件， 同意 不同意其参与全科医生特设岗位招聘报名。（盖章） 年 月 日 |
| **备 注** |  |