附件2：

**2019年大同区大同镇街道社区卫生服务中心第二轮**

**公开招聘医学专业人员报名表**

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 蓝底免冠照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 户籍所在地 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 申报岗位名 称 |  | 岗位代码 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 是否服从招聘单位对岗位的安排和调整 |  |
| 是否取得全科医生规范化培训合格证书 |  |
| 是否取得全科医生转岗培训合格证书 |  |
| 是否取得住院医师规范化培训合格证书 |  |
| 是否具有全科医学专业中高级技术职务任职资格 |  |
| 职称证专业类别 |  | 职称等级 |  |
| 医师资格证书类别 |  | 执业证书注册范围 |  |
| 个人学习及工作简历：报名人签字： |
| 区卫生健康局审核意见：           审核人： （公章）        年  月    日 |