道里区社区卫生服务中心公开招聘医疗专业技术人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 民族 |  |  |
| 出生日期 |  | 籍贯 | |  | 职称 |  |
| 身份证号 |  | | | 现户籍所在地 |  | |
| 学历 |  | | 毕业院校及专业 | |  | | |
| 取得医师资格证书时间 |  | | 医师资格证书类别 | |  | | |
| 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 | |  | | |
| 报考专业 |  | | 报考单位 | |  | | |
| 岗位名称 |  | | 岗位代码 | |  | | |
| 联系电话 |  | | | | | | |
| 个人学习及工作简历：  报名人签字： | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 县、区卫生计生局审查意见  审核人：  （公章）  年 月 日 |
| 市卫生计生委审查意见  （公章）  年 月 日 |