附件2：

**海东市全科医生特设岗位招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片（一寸） |
| 民族 |  | 户籍 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 专业 |  | 家庭地址 |  |
| 现工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 考生类别 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 医师资格证取得时间 |  |
| 执业医师注册证编号 |  | 执业类别 |  |
| 专业技术职称 |  | 执业范围 |  |
| 意向应聘单位 |  |
| 全科医生培训经历 |  |
| 家庭主要成员情况 | 与本人关系  | 姓　名  | 工作单位及职务  | 党派  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 奖罚情况 |  |
| 个人学习工作简历 |  |