附件：

大名县2019年公开招聘特岗全科医生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 户籍所在地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 医师资格证和执业证 |  | 报考岗位 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |  |
| 学习工作经历 |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 称谓 | 工作单位及职务 | 备 注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报名人员承 诺 | 本人承诺：以上所填信息及提供资料真实准确，符合招聘岗位所需的资格条件。如有虚假， 本人自愿承担相应责任。应聘人签字（手写）： 年 月 日 |
| 初审意见 | 审查人签字： 年 月 日 |
| 复审意见 | 审查人签字： 年 月 日 |
| 备注 |  |

填表说明：1、此表电脑录入后打印或蓝黑水钢笔、签字笔填写，字迹要清楚；2、学习和工作简历从高中毕业生依次填写。