|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 融水县2021年全科医生特设岗位招聘报名表 | | | | | | | | | | |
| 报考单位 | |  | | | | | 报考岗位 |  | | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 相片 |
| 身份证号 |  | | | | | 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 籍贯 |  | | 医师资格证 |  |  |  | 取得时间 |  | |
| 学历 |  | | 医师执业证 |  |  |  | 取得时间 |  | |
| 现工作单位 | | |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | |
| 工作简历 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人对以上内容的真实性、准确性和合法性负责，如有虚假，愿意承担责任。 | | | | | | | | | | |
|  |  | | 考生签名： | | | | 年 月 日 | | | |
| 资格审查意见: | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | 审核人签字： | | | | 年 月 日 | | | |
| 复核意见: | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | 复核人签字： | | | | 年 月 日 | | | |
| 注释：1.本表一式一份，要求统一用A4纸打印。2.若所填写项目没有内容，请统一填写“无”。3.注释可不打印。 | | | | | | | | | | |