|  |
| --- |
| **安徽省直医院2017年自主招聘执业医师报名表** |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 照片粘贴处 |
| 出生年月 | 　 | 政治面貌 | 　 | 学历 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 所学专业 | 　 | 婚姻情况 | 已婚□未婚□ |
| 身份证号码 |  |
| 现工作单位或通信地址 | 　 | 联系电话 | 手 机：固定电话： |
| 执业类别 |  | 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书编号 | 　　 | 是否服从岗位分配 | 　 |
| 进修经历及专业 |  |
| 本人简历 | 　 |
| 考生诚信承诺意见 | **本人郑重承诺:1、上述所填写的内容及所提供报名材料、证件均真实有效，若有虚假，将取消聘用资格。2、凭有效身份证和准考证进入考场，如因身份证无效不能参加考试，责任自负。**   |
| 报考人签字： | 　 | 报名时间： | 　 | 　 | 　 |
| 招考单位审查意见 |  签字（盖章） 2017年 月 日 |