|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 海西州全科医生特设岗位报名表 | | | | | | |
| 基本  信息 | 姓 名 | |  | 性 别 |  | 照片 |
| 户籍所在地 | |  | 身份证号 |  |
| 出生年月 | |  | 民 族 |  |
| 现有技术资格 | |  | 执业类别 |  |
| 现有资格取得年月 | |  | 执业范围 |  |
| 教育  情况 | 第一学历 | |  | 最高学历 |  | |
| 毕业学校 | |  | 毕业学校 |  | |
| 毕业专业 | |  | 毕业专业 |  | |
| 工作  情况 | 单位名称 | |  | | | |
| 从业年限 | |  | 从事岗位 |  | |
| 联系  方式 | 联系电话 | |  | | 邮 编 |  |
| 通讯地址 | |  | | | |
| 备注  信息 | 报考地区 | |  | | | |
| 是否服从调剂 | |  | | | |
| 申报人员签名 |  | | | 原工作  单位审查  意见 | （印章）  年 月 日 | |
|  |  | |
|  | | |
| 年 月 日 | | |
| 备注：此表提交纸质版和电子版各1份 | | | | | | |