**2019年社区卫生服务中心招聘**

**医疗专业技术人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出 生年 月 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 全日制教育学历及毕业院校 |  |
| 在职教育（最高）学历及毕业院校 |  |
| 职称 |  | 身份证号码 |  |
| 取得执业资格证书时间 |  | 执业类别 |  |
| 执业专业 |  | 是否取得规范化培训结业证书 |  |
| 是否取得全科医学专业医师资格 |  |
| 联系电话 |  |
| 拟报中心 |  | 是否服从调剂 |  |
| 个 人 简 历 |
| 起止年月 | 学习（工作）单位 | 备注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 人事科审查意见 （签字、盖章）年 月 日 |
| 医政科审查意见 （签字、盖章） 年 月 日 |
| 市卫生健康委意见 （签字、盖章） 年 月 日  |