附件：**海原县卫生健康局全科医生特设岗位公开招聘人员报名表**

应聘单位：  市 县

|  |
| --- |
| **1.个人基本信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |  相 片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 户籍所在地 |  |
| 身份证号 |  |
| 家庭详细地址 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 邮政编码 |  | 档案保管单位 |  |
| **2.执业医师资格相关信息** |
| 医师资格证书编码 |  | 发证时间 |  |
| 执业类别及范围 | □临床类别全科医学专业 □中医类别全科医学专业 □临床类别内科专业 □中医类别中医专业□其它，请注明：  |
| 受聘前是否注册执业 | □是 □否 |
| 医师执业证书编码 |  |
| 执业地点 |  |
| 发证时间 |  |
| 执业范围 |  |
| **3.教育培训情况(从中专填起,含进修和培训)** |
| 起始年月 | 终止年月 | 学校名称 | 专业 | 学历学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **4.是否参加过省级卫生行政部门（含中医药管理部门）组织的全科医生规范化培养、转岗培训或者岗位培训** | □是□否 |
| 考核是否合格 | □是 □否 |
| **5.工作经历** |
| 起始年月 | 终止年月 | 工作单位 | 职称 | 从事专业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **6.家庭主要成员和主要社会关系** |
| 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |