|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片（小二寸蓝底） |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  | 手机号码 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 答题语种 |  |
| 户籍地址 |  |
| 全日制学历、毕业院校、专业 |  |
| 成人教育学历、毕业院校、专业 |  |
| 执业（助理）医师证书编号、全科医生证书编号 |  | 现有职称名称及取得时间 |  |
|   学 习 简 历 |  |
|  工 作 经 历 |  |
| 家庭主要成员 | 关系： 姓名： 联系电话： |
| 关系： 姓名： 联系电话： |
| 关系： 姓名： 联系电话： |
|  报考单位： 报考主管单位： 本人签字： 主要负责人签字（盖章）： 年 月 日 年 月 日 |

附件2：2019年公开招聘通辽市艰苦边远地区全科医生特设岗位报名表