附件2

筠连县2020年特岗全科医生报名信息表

（双面打印）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出 生****年 月** |  | **照 片** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **出生地** |  |
| **政 治****面 貌** |  | **健康状况** |  |
| **全日制****教 育** | **学历****学位** |  | **毕业院校及所学专业** |  |
| **在 职****教 育** | **学历****学位** |  | **毕业院校及所学专业** |  |
| **身份证****号 码** |  | **婚姻****状况** |  |
| **通信地址****及 邮 编** |  | **联 系****电 话** |  |
| **执业资格名称** |  | **是否取得全科****医学培训合证证书** |  | **注册范围** |  |
| **报考单位****及 职 位** |  |
| **个****人****简****历** |  |
| **奖惩****情况** |  |
| **家庭****主要****成员****及主****要社****会关****系** | **称 谓** | **姓 名** | **年龄** | **政治面貌** | **是否有****回避关系** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **资格审查意见** | **（盖章）****年 月 日** |
| **承****诺** | 本人郑重承诺,此表所填内容全部真实,如有隐瞒或提供虚假情况,愿意承担所有责任。 **签名：** **年 月 日** |