**马寨镇卫生院 岗位报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（ ）岁 |  |  |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位及职务 |  | 参加工作时间 |  | 是否参加省级相关培训 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 发证时间 |  |
| 医师执业证书编码 |  | 发证时间 |  |
| 执业类别及范围 |  | 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 学习及工作经历 |  |
| 本人承诺 |  本人已认真阅读招聘公告并严格遵守公告规定。本表所填写的内容、信息准确无误，提交的证件、材料和照片真实有效。如有虚假，由本人依法依规承担一切责任和后果。 报名人员（签字）： 年 月 日 |
| 审核意见 |  审核人（签名）： 年 月 日 |