附件2

渭南市大学生乡村医生专项计划招聘报名登记审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 专 业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  |
| 是否具备执业（助理）医师资格 |  | 取证时间 |  | 资格证书编号 |  |
| 拟报考县区 |  | 身份证号 |  |
| 家庭详细地址 |  | 联系电话 |  |
| 是否参加规范化培训 | 是[ ] 否[ ]  | 规范化培训完成时间 |  |
| 参加培训情况 | 岗前培训[ ] 住院医师规培[ ] 助理全科医师规培[ ] 其他[ ] |
| 学习工作简历 |  |
|
|
|
| 奖励情况 |  | 惩处情况 |  |
| 本人承诺，本报名表所填报信息真实准确，如因个人瞒报、虚报等行为造成的后果，由本人承担并取消应聘资格。承诺人（需手写签名）：  年 月 日 |
| 招聘部门审核意见 | 审核人：  |

备注：学习工作经历从初中学历填起。