附件1：

**保定市全科医生特设岗位公开招聘工作人员报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | | | | 照片 | | |
| 身份证号 | | |  | | | 政治面貌 | | |  | | | |
| 民族 | | |  | | | 职称(职务) | | |  | | | |
| 生源地 | | |  | | | 户籍所在地 | | |  | | | |
| 报考单位 | | |  | | | | | | | | | |
| 医师执业资格类别 | | |  | | | | | 医师执业资格证书编号 | | |  | | | | |
| 执业注册类别 | | |  | | | | | 执业注册范围 | | |  | | | | |
| 全科医生培训经历 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 满足条件  （划“√”） | | | 1、具有执业医师资格，执业范围注册为临床、中医类别全科医生专业的临床医师；  2、具有执业医师资格，经省级卫计行政部门认可的全科专业住院医师规范化培养、全科医生转岗培训或岗位培训并考核合格的临床医师；  3、具有二级以上医院工作经历和执业医师资格，2年以上临床诊疗工作经历； | | | | | | | | | | | | |
| 毕业院校 | | |  | | | | | 学历 | | |  | | 是否全日制 | |  |
| 所学专业 | | |  | | | | | 学位 | | |  | | | | |
| 学习工作简历 | 起止日期 | | | | 学校或工作单位名称 | | | | | | | 所学专业或从事岗位 | | 任何职务 | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |  | |
| 奖惩情况 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | 邮箱 | |  | | | |
| 联系电话 | | 固话： | | | | | | | | 手机： | | | | | |
| 招聘单位  审查意见 | | 审查人签字： | | | | | | | | | | | | | |

注：1、考生要确保上述信息真实准确，对因提供有关信息及资料不实的，将按相关规定取消资格。

1. 本表统一使用计算机打印体，如实填写，联系电话务必准确保持畅通，否则影响报名考试

概不负责。