附件

恩施州全科医生特设岗位计划报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.个人信息 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | | |  | | | 性 别 | | |  | | | | 照片 | |
| 出生年月 | | | |  | | | 民 族 | | |  | | | |
| 籍 贯 | | | |  | | | 政治面貌 | | |  | | | |
| 学 历 | | | |  | | | 学 位 | | |  | | | |
| 专业技术资格 | | | |  | | | 户籍所在地 | | |  | | | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | | | |  | | | | 档案保管单位 | | | | |  | | |
| 家庭详细地址 | | | |  | | | | | | | 邮政编码 | | | |  |
| 联系电话 | | | |  | | | | | | | 电子邮箱 | | | |  |
| 2.执业医师资格相关信息 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | | | |  | | | | | | 发证时间 | | | |  |
| 执业类别及范围 | | | | | □临床类别全科医学专业 □中医类别全科医学专业  □临床类别内科专业 □中医类别中医专业  □其它，请注明： | | | | | | | | | | |
| 受聘前是否注册执业 | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | | | |  | | | | | | 发证时间 | | | |  |
| 执业地点 | | | | |  | | | | | | 执业范围 | | | |  |
| 3.教育培训情况(从中专填起,含进修和培训) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起始年月 | | 终止年月 | | | | 接受教育机构名称 | | | | | 专业 | | | | 学历学位 |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 4.是否参加过省级卫生健康行政部门（含中医药管理部门）组织的全科医生规范化培养、转岗培训或者岗位培训 | | | | | | | | | | | | | | | □是  □否 |
| 考核是否合格 | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | |
| 5.工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起始年月 | | 终止年月 | | | | 工作单位 | | | | | 职称 | | | | 从事专业 |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 6.报名人承诺 | 本人承诺以上情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。  报名人员签名：             年   月   日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.审核意见 | 县市卫生健康部门意 见 | | 年 月 日 | | | | | | 县市人社部门意 见 | | | 年 月 日 | | | |
| 州卫生健康部门意见 | | 年 月 日 | | | | | | 州人社部门意见 | | | 年 月 日 | | | |

说明：本表一式两份，用A4纸双面打印。须如实填写表里相关信息，经审核发现与事实不符的，取消招聘资格。