附件：

庐江县2020年全科医生特设岗位报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 政治 面貌 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号码 |  |
| 毕业院校 | 　 | 专业 | 　 |
| 现工作单位 | 　 | 职务 | 　 |
| 医师资格证取得时间 | 　 | 医师执业证取得时间 |  |
| 全科医生规范化培养、转岗培训或岗位培训时间 |  | 联系电话 |  |
| 进入二级及以上医院时间 |  | 家庭住址 |  |
| 工作简历 |  |
| 考生诚信承诺 |  本人所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实有效。若有虚假，责任自负。 签名： 年 月 日 |