|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1： | | | | | | |
| 饶河县卫生健康局招聘全科医生公告报名表 | | | | | | |
| 1.个人信息 | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  |  |
| 出生年月 | |  | | 民 族 |  |
| 籍 贯 | |  | | 政治面貌 |  |
| 学 历 | |  | | 学 位 |  |
| 专业技术资格 | |  | | 身份证号 |  | |
| 户籍所在地 | |  | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 医师资格证书编号 | |  | | | 发证时间 |  |
| 职业类别及范围 | | □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 | |
| □其他，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 | | 学校名称 | | 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 |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |