附件：

**2020年雷州市基层医疗卫生机构特岗全科医生选聘报名表**

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 民 族 |  | 贴  相  片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 | 省 市（县） | | | | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | | | | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 毕业时间 |  | |
| 所学专业 |  | | | | 学历及学位 |  | |
| 工作单位 |  | | | | 单位性质 |  | |
| 专业技术资格 |  | | 职业资格 | |  | 执业资格 |  |
| 学习、工作经历  （何年何月至何年何月在何地、何单位工作或学习、任何职，从中学开始，按时间先后顺序填写） |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  | | | |
| 奖 惩  情 况 |  | | | |
| 审 核  意 见 | 审核人： 审核日期： 年 月 日 | | | |
| 备 注 |  | | | |

说明：1、此表统一用Ａ4纸双面打印，一式两份；

2、此表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。