附件：

全科医生特岗招聘报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 民族 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  | 学历及学位 |  |
| 专业 |  | 职称 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业时间及毕业院校 |  |
| 户籍地址 | 省 市 县（市、区） 乡（镇） 村 |
| 报考单位 |  | 邮政编码 |  |
| 通讯地址 |  | E-mail |  |
| 固定电话 |  | 手机 |  |
| 简历 | （从高中毕业后开始至今的学习、工作经历） |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。报名人签名：年 月 日 |