附件2：

**2019年大同区大同镇街道社区卫生服务中心第二轮**

**公开招聘医学专业人员报名表**

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月  （ 岁） |  | 蓝底  免冠照片 |
| 民 族 |  | | 籍 贯 |  | 户籍所在地 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | |
| 申报岗位名 称 |  | | | 岗位代码 |  | |
| 学 历  学 位 | 全日制  教 育 | |  | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 在 职  教 育 | |  | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 是否服从招聘单位对岗位的安排和调整 | | |  | | | | |
| 是否取得全科医生规范化培训合格证书 | | |  | | | | |
| 是否取得全科医生转岗培训合格证书 | | |  | | | | |
| 是否取得住院医师规范化培训合格证书 | | |  | | | | |
| 是否具有全科医学专业中高级技术职务任职资格 | | |  | | | | |
| 职称证  专业类别 | |  | | | 职称等级 |  | |
| 医师资格  证书类别 | |  | | | 执业证书  注册范围 |  | |
| 个人学习及工作简历：  报名人签字： | | | | | | | |
| 区卫生健康局审核意见：    审核人： （公章）        年  月    日 | | | | | | | |