附件：

长丰县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 |
| 出生日期 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | |
| 报考岗位 |  | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | 所学专业 |  | |
| 现工作单位 |  | | | | 职 务 |  | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 取得执业医师证时间 |  | | | | 全科医生培训时间 |  | |
| 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 | | | | | | |