附件2

温州市洞头区医疗卫生机构面向社会公开招聘

麻醉学、临床医学医师报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 | |  | 照片 |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | | 户籍 | |  |
| 健康状况 |  | 专业技术职称 |  | | 毕业时间 | |  |
| 毕业院校 |  | | | | 学历、学位 | |  | |
| 所学专业 |  | | | | 身份证号码 | |  | |
| 医师资格证书号码 |  | | | | 医师执业  证书号码 | |  | |
| 执业医师注册范围 |  | | | | 住院医师规范化培训毕业时间 | |  | |
| 住院医师规范化培训专业 | | | | |  | | | |
| 现家庭 住址 |  | | | | | | 联系手机  （必填） |  |
| 获得荣誉 |  | | | | | | | |
| 简 历 | 起止时间 | | 毕业学校、实习单位 | | | | | 从事岗位 |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
| **本人声明：**上述填写内容真实完整，提供的材料真实有效。如有不实，本人愿承担一切法律责任。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格审查小组意见 | 审核人：  年 月 日 | | | 招聘小组意见 | | 签名：  年 月 日 | | |