2016年丽水市残联康复医院公开选聘医师报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学历（学位） |  | 何时何校何专业毕业 |  |
| 医师资格证书号 |  | 单位及岗位（职称）类别 |  专技 级 |
| 通讯（户籍）地址及邮编 |  | 联系电话（手机） |  |
| 简历 | 起止时间 | 工作（学习）单位及职务 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭主要成员及社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人郑重承诺 | 提供的报名材料均属真实，若有虚假，本人愿意承担一切法律后果和责任。 报考人员（签字）：  年 月 日 |
| 单位意见： 年 月 日 | 当地卫生主管部门意见： 年 月 日 | 组织或人力社保部门意见：  年 月 日 |
| 审核意见 |  |
| 备 注 |  |