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 |  | | | | | | | | | | | | | | | |