**附件2：**

2019年神池县特岗全科医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 政治面貌 | | |  | | | | 照  片 |
| 民 族 |  | | 籍贯 |  | 出生年月 | | |  | | | |
| 毕业院校及专业 | | |  | | | | | | | | |
| 毕业时间 | |  | 学 历 |  | | 健康情况 | | |  | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | | |
| 取得执业医师时间 | | |  | | | | 执业类别 | | |  | | |
| 执业医师证编号 | | |  | | | | 是否全科医生或省认可的考核合格人员 | | | |  | |
| 原工作单位 | | |  | | | | 进入时间 | | |  | | |
| 现在家庭住址及邮编 | | |  | | | | 联系电话 | | | | |  |
| 原工作单位意见 | | 负责人：  （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 卫健部门审核意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | |