附件1

2020年息县特招医学院校毕业生和特岗全科

医生报名登记表

报名序号 ： 填表日期： 年　 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | |  | 出 生  年 月 日 | |  | | 照片 | |
| 籍 贯 |  | 民 族 | | |  | 政治面貌 | |  | |
| 学 历 |  | 学 位 | | |  | 是 否 全日制 | |  | |
| 毕业院校及专 业 |  | | | | 毕业时间 | | |  | |
| 现工作单位 |  | | | | 参加工作时间 | | |  | | 照片 | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 联系电话 | | |  | | | |
| 学习及工作  简　　历 |  | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。一经考录，保证在基层服务时间不少于6年，服务期内不得擅自离开服务岗位。  报名人（签名）：  年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 报考单位及专 业 |  | | | 职位代码 | | |  | | 是否同意调剂 | |  |
| 资格审查  意　　见 | 审查人（签名）：  年　　月　　日 | | | | | | | | | | |