附件：

大田县2017年全科医生特设岗位招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性别 |  | | 出生年月 | | | |  | 相片  （二寸） |
| 籍 贯 |  | | | | 民族 |  | | 政治面貌 | | | |  |
| 学 历 |  | | | 毕业院校及专业 | | | |  | | | | |
| 医师资格证书编号 | | |  | | | | 执业类别 | | | |  | |
| 医师资格证  取得时间 | | |  | | | | 执业范围 | | | |  | | |
| 报 考 岗 位 | |  | | | | | | | | | | | |
| 培  训  经  历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 县总医院审核意见 | |  | | | | | | | | | | | |
| 县卫  计局  审核  意见 | | 年   月    日 | | | | | | | 县公  务员  局审  批意  见 | 年   月   日 | | | |