|  |  |
| --- | --- |
| 2017年福建省全科医生特设岗位计划聘用人员备案表 |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 毕业院校 | 专业 | 医师资格证书编号 | 医师资格证取得时间 | 执业类别 | 执业范围 | 培训经历 | 原工作单位 | 聘用单位 | 服务起止时间 |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 县（市、区）卫计局意见：                    （盖章）                  年   月    日 | 县（市、区）人社局意见：                        （盖章）                         年    月    日  | 县（市、区）财政局意见：                           （盖章）                        年    月    日 |  |
| 经办人及联系电话： |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| **备注：1.“医师资格证取得时间”应填写执业医师资格证书落款时间。      2.“培训经历”填写经省级卫生计生行政部门认可的全科医生规范化培训、骨干培训、转岗培训或岗位培训。应聘前无相应培训经历的可不填写。      3.“原工作单位”应聘前无工作单位的可不填写。退休人员、人才中介机构的人事代理人员须注明。      4.“服务起止时间”填写聘用合同约定起止时间，填报格式如“2011.12-2014.12”。** |  |