附件2

红河州特岗位全科医生报名登记表 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 民族 | 　 | 照 片 |
| 出生年月  | 　 | 籍 贯 | 　 | 政治 面貌 | 　 |
| 毕业院校 | 　 | 毕业时间 | 　 |
| 所学专业 |   | 学历 |   | 学位 | 　 |
| 报考特岗全科医生岗位 |  |
| 家庭详 细住址 | 　 | 联 系 电 话 | 　 |
| 身份证号 | 　　 | 现职称及执业资格 | 　 |
| 本 人 简 历 |  |
| 家庭 成员 及主 要社 会关 系 | 姓名 |  与本人关系  |  工作单位及职务 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 报名人 声 明 |  本报名表所填内容正确无误，所提交的证件和照片真实有效。如有虚假，由此产生的一切后果由本人承担。 |
|
|  报名人签名：  |
|
| 资格审 查意见 |  审查人签名：  |
|
| 注：此表一式2份 |