附件：

长丰县2020年全科医生特设岗位报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 政治 面貌 | 　 | 照片 |
| 出生日期 | 　 | 民族 | 　 | 籍贯 | 　 |
| 报考岗位 | 　　 |
| 毕业院校 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 现工作单位 | 　 | 职 务 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 联系电话 |  |
| 取得执业医师证时间 | 　 | 全科医生培训时间 | 　 |
| 工作简历 | 　 |
| 考生诚信承诺 |  本人所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实有效。若有虚假，责任自负。 签名： 年 月 日 |