附件

|  |
| --- |
| 景谷傣族彝族自治县益智乡卫生院“银龄医师”报名表 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 初始学历 |  | 最高学历 |  | 户籍所在地 |  |
| 身份证号码 |  | 退休证时间 |  |
| 最高资格证书名称 |  | 取证时间 |  |
| 初始毕业学校及所学专业及毕业时间 |  | 档案保管机构 |  |
| 最高毕业学校及所学专业及毕业时间 |  | 毕业证及学位证号码 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 申报岗位及科室 |  | 预计面谈时间 |  |
| 学习经历 |  |
| 工作经历 |  |
| 奖励或处分情况 |  |
| **备注：同时提交个人简历，复印身份证、毕业证、学位证、资格证、执业证、职称证等相关复印件一份。**   |