**郑州市二七区侯寨中心卫生院**

**（郑州大学第五附属医院侯寨分院）**

**岗位报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（ ）岁 |  |  | |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | | 学位 | |  |
| 毕业院校及专业 |  | | | 毕业时间 |  |
| 现工作单位及职务 |  | | | 参加工作时间 |  | 是否参加省级相关培训 |  |
| 医师资格证书编码 |  | | | 发证时间 |  |
| 医师执业证书编码 |  | | | 发证时间 |  |
| 执业类别及范围 |  | | | 身份证号码 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 联系电话 | |  | | |
| 学习及工作经历 |  | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人已认真阅读招聘公告并严格遵守公告规定。本表所填写的内容、信息准确无误，提交的证件、材料和照片真实有效。如有虚假，由本人依法依规承担一切责任和后果。  报名人员（签字）： 年 月 日 | | | | | | |
| 审核意见 | 审核人（签名）： 年 月 日 | | | | | | |