附件1：
　　[全科医生特岗计划公开招聘报名表](http://ah.offcn.com/dl/2019/0315/20190315054804679.docx)

　附件1：

自治区全科医生特设岗位公开招聘人员报名表

　　报考单位：                地（州、市）               （市、区）

|  |
| --- |
| 　　1.个人信息 |
| 　　姓    名 | 　　 | 　　性    别 | 　　 | 　　 |
| 　　出生年月 | 　　 | 　　民    族 | 　　 |
| 　　籍    贯 | 　　 | 　　政治面貌 | 　　 |
| 　　学    历 | 　　 | 　　学    位 | 　　 |
| 　　专业技术资格 | 　　 | 　　身份证号 | 　　 |
| 　　户籍所在地 | 　　 |
| 　　婚姻状况 | 　　 | 　　档案保管单位 | 　　 |
| 　　家庭详细地址 | 　　 | 　　邮政编码 | 　　 |
| 　　联系电话 | 　　 | 　　电子邮箱 | 　　 |
| 　　2.执业（助理）医师资格相关信息 |
| 　　医师资格证书号码 | 　　 | 　　发证时间 | 　　 |
| 　　执业类别及范围 | 　　£临床类别全科医学专业      £中医类别全科医学专业　　R临床类别内科专业           £中医类别中医专业　　£其他，请注明：                                                         |
| 　　受聘前是否注册执业 | 　　□是         □否 |
| 　　医师执业证书编码 | 　　 | 　　发证时间 | 　　 |
| 　　执业地点 | 　　 | 　　执业范围 | 　　 |
| 　　3.教育培训情况（从中专填起，含进修和培训） |
| 　　起始年月 | 　　终止年月 | 　　学校名称 | 　　专业 | 　　学历学位 |
| 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |
| 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |
| 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |
| 　　4.是否参加过自治区级卫生行政部门（含中医药管理部门）组织的全科医生规范化培养、转岗培训或者岗位培训 | 　　□是     □否 |
| 　　考核是否合格 | 　　□是           □否 |
| 　　5.工作经历 |
| 　　起始年月 | 　　终止年月 | 　　工作单位 | 　　职称 | 　　从事专业 |
| 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |
| 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |
| 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |
| 　　6.特岗全科医生所在乡镇卫生院基本情况 |
| 　　乡镇卫生院名称 | 　　县（市、区）                  乡（镇）卫生院 |
| 　　通讯地址 | 　　 | 　　邮政编码 | 　　 |
| 　　法人代表 | 　　 | 　　手机 | 　　 |
| 　　办公电话 | 　　 | 　　传真电话 | 　　 |
| 　　7.受聘后执业注册情况 |
| 　　医师执业证书编码 | 　　 | 　　变更或注册时间 | 　　 |
| 　　执业地点 | 　　 | 　　执业范围 | 　　 |