|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件3： 西宁市城北区大堡子镇中心卫生院竞聘上岗申请表** | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | | 贴照片 | |
| 身份证号 | |  | | 参加工作时间 | |  | | 小二寸 | |
| 现工作单位 | |  | | | | | |
| 拟竞聘 岗位级别 | | 高级□ 中级□ 初级□ | 拟竞聘 岗位 | 口腔科医师□ 功能科彩超医师□ | | | |
|
| **个人考核项目** | | | **项目内容** | | | | | | |
| 1 | 最高学历 | 学位 | 毕业院校及专业 | | | | 毕业时间 | | |
|  |  |  | | | |  | | |
| 2 | 专业技术资格（职称） | |  | | | | | | |
| 3 | 执业（从业）资格 | |  | | | | | | |
| 4 | 获奖  情况 | 获奖名称 | 授奖单位 | | | 获奖时间 | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
| 本人（签名）： | | | |  | 联系电话： | | | |  |
| 说明：本表用于此次竞聘上岗报名。拟竞聘岗位和拟竞聘专业在相应的空格内打“√”。 | | | | | | | | | |
|