|  |
| --- |
| **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“√”。 |
|