附件4

2025年许昌市特岗全科医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学 历 |  |
| 现取得卫生专业资格证 |  | 身份证号 |  |
| 报考单位 |  | 报考专业 |  |
| 现工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 学习及工作经历（从高中填起） |  |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 本人签字： |
| 资格审查意见 |  审核人（签字）： |