附件1

**2017年五指山市医疗卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基**  **本**  **信**  **息** | 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | | | 照片  （免冠、小二寸、彩色） |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | |
| 出生日期 |  | | | 民 族 | |  | | | |
| **现**  **有**  **资**  **格**  **信**  **息** | 报考专业 |  | | | | | | | | |
| 现有技术资格 |  | | | | 现有资格取得年月 | | |  | | |
| 执业类别 |  | | | | 现有资格聘任年月 | | |  | | |
| **教育情况** | 学 历 |  | | | | 学 位 | | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | | 毕业专业 | | |  | | |
| **工作情况** | 单位名称 |  | | | | 从业年限 | | |  | | |
| **联系方式** | 居住地址 |  | | | | 联系电话 | | |  | | |
| **报考人员承诺** | 本人承诺**：**所提供材料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。    本人签名（手印）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **所在单位意见** | 负责人：  年 月 日 | | 主管部门意见 | 负责人：  年 月 日 | | | | 人社部门意见 | | 负责人：  年 月 日 | |
| **备注** |  | | | | | | | | | | |