公开选聘阳曲县职业高中医报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠一寸照片 |
| 现工作单位 |  | 临床工作年限 |  |
| 学历 |  | 毕业 时间 |  | 职称 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 详细通讯地址 |  | 手机号码 |  |
| 何时取得何卫技资格 |  | 执业范围 |  |
| 学习工作简历 |  |
| 所在单位意见 |  负责人签字: 单位（盖章） 年 月 日 |
| 所在单位主管部门意见 |   负责人签字: 单位（盖章） 年 月 日 |
| 备注 | 本表所填写内容完全属实，如有作假，一经查实，取消选调资格。承诺人签字： 年 月 日 |