附表 2

|  |
| --- |
| 清镇市2023年市妇幼保健院面向基层医疗卫生机构公开遴选工作人员报名表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 蓝底小2寸彩照 |
| 出生日期 |  | 身份证号 |  |
| 政治面貌 |  | 毕业院校 |  | 专 业 |  |
| 学 历 |  | 职 称 |  | 执业范围 |  |
| 是否具有乡镇卫生院或社区卫生服务中心工作经历5年以上 |  | 近三年年度考核情况 |  |
| 是否任乡镇卫生院或社区卫生服务中心中层（或负责人）干部 |  | 县级及以上表彰或获奖情况 |  |
| 是否具有住院医师规范化培训合格证书 |  | 是否取得母婴保健技术考核合格证书 |  |
| 是否参加过贵州省新生儿听力筛查规范化培训班，并取得合格证书 |  | 联系电话紧急联系电话 |  |
| 工作简历 |  |
| 所在单位意见 |   院长（主任）签字： 单位（盖章）：  |
|  年 月 日 |
| 报名信息 | 以上填写信息均为本人真实情况，符合公告的报考条件，若有隐瞒、虚报、欺骗等行为，本人自愿放弃妇幼保健院医师遴选资格并承担一切法律后果和责任。 |
|  报考人（签字）： |
|  年 月 日 |