附件3

海南省2021年引进“好院长、好医生”报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 民族 |  | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 工作单位 |  | | | | | | | | 医院等级 | |  | |
| 政治面貌 |  | 身份证号 | | | |  | | | | | | |
| 最高学历 |  | 毕业学校  及专业 | | | |  | | | 毕业证号 | |  | |
| 临床工作  时间 |  | 专业技术  职称 | | | |  | | | 行政职务 | |  | |
| 应聘单位  及岗位 | （1）                             符合条件： | | | | | | | | | | | | |
| （2）                             符合条件： | | | | | | | | | | | | |
| （3）                             符合条件： | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | 联系手机 | | |  | | 电子邮箱 | |  | |
| 家庭  成员  基本  情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 个人  学习  工作  简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主要工作  业绩和获  奖情况  （不超过1500字） |  | | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | （签章）              年   月   日 | | | | | | | | | | | | |
| 应聘承诺 | **以上所填内容属实，若有虚假，所聘单位有权解除聘用合同。**                         应聘者签名： | | | | | | | | | | | | |

**备注：**此表一式二份，资格审查后交给省卫生健康委。