附件3

芜湖市眼科医院

2020年编外卫生专业技术人员报名申请表

年月日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸照片 |
| 身份证号 |  |
| 入院时间 |  | 所在科室 |  |
| 第一学历/学位 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 最高学历/学位 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 职 称 |  | 取得时间 |  |
| 申请岗位代码 | 每人限申请1个岗位□2001 □2002 □2003 □2004 □2005 |
| 申请人符合条件 | 医疗岗 | □中级及以上专业技术职称；□本科及以上学历且学士及以上学位； |
| 医技岗（药师、检验师） | □中级及以上专业技术职称；□本科及以上学历且学士及以上学位； |
| 医技岗（技师） | □中级及以上专业技术职称；□本科及以上学历且学士及以上学位； |
| 护理岗 | □中级及以上专业技术职称；□本科及以上学历； |
| 特需岗位 | □本科及以上学历且初级及以上职称，儿科医师；□本科及以上学历且初级及以上职称，妇科医师； |
| 学习简历（第一学历起） | 时间 | 学校 | 专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 工作简历 | 时间 | 单位及科室 | 从事工作 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 诚信声明 | 本人承诺：以上所填写的信息属实，与本人实际情况、岗位要求相一致，否则本次考试成绩无效，取消申请资格。签名：年月日 |
| 科室意见 | 签名：年月日 |
| 党总支意见 | 签名：年月日 |
| 审查意见 | 签名：年月日 |
| 备 注 |  |