|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[2](http://wsjkw.weifang.gov.cn/XXGK/RSXX/201904/P020190409577791186600.doc)024年菏泽市第三人民医院康复医师转岗培训报名表** | | | | | | | |
| **姓名** |  | **性别** | | |  | | 照 片  （盖公章） |
| **出生年月** |  | **政治面貌** | | |  | |
| **身份证号** |  | | | | | |
| **毕业院校** |  | | | **健康状况** | | |  |
| **所学专业** |  | | | **学历及学位** | | |  |
| **联系方式** | 电话： 微信号： 邮箱： | | | | | | |
| **执业资格**  **取得时间** |  | | **执业范围及类别** | | |  | |
| **职称及任职年限** |  | | | | | | |
| **个人简历**  (自高中阶段填起，起止年月、学校或单位及任职情况) |  | | | | | | |
| **备注** | 本人郑重承诺：此表我已完整填写，所填个人信息均属实，如信息填写不完整或有不实之处，出现所有后果由本人承担。  **本人签名：**  **年 月 日** | | | | | | |
| **所在单位**  **推荐意见** | **（盖 章）**  **年 月 日** | | | | | | |
|
|
|

附件1