|  |
| --- |
| [2](http://wsjkw.weifang.gov.cn/XXGK/RSXX/201904/P020190409577791186600.doc)022年淄博市中心医院康复医师转岗培训报名表 |
| **姓名** |  | **性别** |  | 贴照片处 |
| **出生年月** |  | **政治面貌** |  |
| **身份证号** |  |
| **所在单位** |  | **科室** |  |
| **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** |  |
| **职称及任职年限** |  |
| **个人简历(从高中阶段填起，须注明每段经历的起止年月、所在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**