银龄助康计划报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 贴  相  片 |
| 出生年月 |  | | 民族 |  | | |
| 籍贯 |  | | 政治面貌 |  | | |
| 健康状况 |  | | 医学学历 |  | | |
| 医学学位 |  | | 所学专业 |  | | |
| 专业技术  资格职称 |  | | 身份证  号码 |  | | | |
| 退休前工作  单位及职务 |  | | | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | |
| 家庭通信  地址 |  | | | | | 邮政编码 |  |
| 手机号码 |  | | 电子邮箱 | |  | | |
| 家庭联  系人姓名 |  | | 家庭联系人电话号码 | |  | | |
| 医师资格相关信息 | | | | | | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | |
| 医师资格证书发证时间 | |  | | | | | |
| 医师资格证书资格类别 | |  | | | | | | |
| 原医师执业证书原执业类别 | |  | | | | | |
| 原医师执业证书原执业范围 | |  | | | | | |
| 原医师执业证书主要执业机构 | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作经历 | | | | | | | |
| 起始年月 | | 终止年月 | | 工作单位 | | 职务 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| 教育经历 | | | | | | | |
| 起始年月 | 终止年月 | | 学校名称 | | 专业 | | 学历学位 |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
| 拟申报岗位（最多可填三个） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 备注 | 1.工作经历从参加工作开始填写，同一工作单位只填最高职务。  2.教育经历从大专开始填写。  3.医学学历、医学学位按最高级别填写。  4.需上传身份证、最高学历（学位）证书、医师资格证书、专业技术人员职业资格证书原件图片（含公章面）到报名邮箱。  5.医师资格证书编码、资格类别、发证时间按医师资格证书上内容如实填写。  6.表内各项内容请认真填写，因内容不实或不完整造成的一切后果由填表人承担。 | | | | | | |