附件3

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。 |