|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 澜沧拉祜族自治县中医医院“银龄医师”报名表 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 初始学历 |  | 最高学历 |  | 户籍所在地 |  |
| 身份证号码 |  | | | 退休时间 |  |
| 专业资格证书  名称 |  | | | 取证时间 |  | |
| 最高毕业学校及所学专业 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 专业特长 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 联系电话 |  |
| 申报岗位及科室 |  | | | 预计沟通  时间 |  | |
| 学习经历 |  | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 奖励或处分情况 |  | | | | | |
| **备注：同时提交个人简历，身份证、毕业证、学位证、资格证、执业证、职称证、退休证或退休文件、近3个月的健康体检报告等相关复印件或扫描件一份。** | | | | | | |