附件：

广海局科考船医疗保障岗位志愿者申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  |  |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现户籍地 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮箱 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 学历及学位 |  |
| 现工作单位 |  | 单位性质 |  |
| 医师资格证书取得时间 |  | 医师执业证书取得时间 |  |
| 主要学习经历 | 起止时间 | 学校院系 | 专业 | 学历学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主要工作经历 | 起止时间 | 工作单位 | 工作岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭成员及主要社会关系（包括父母、配偶、子女等） | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **本人郑重声明：以上所填内容准确，真实，明白“提供虚假资料属欺诈行为，严重违纪，愿承担一切后果”。** 申请人签名： 年 月 日 |
| 审 核意 见 |  审核日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

说明：如实填写内容，经审核发现与事实不符的，责任自负。