泰州职业技术学院口腔门诊部2025年

公开招聘退休影像医师报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民族** |  | 粘贴照片处 |
| **出生年月** |  | **户籍所在地** |  |
| **联系电话** |  | **身份证号码** |  |
| **政治面貌** |  | **退休时间** |  |
| **退休前所在单位** |  | **执业医师资格取得时间** |  |
| **毕业学校** |  | **所学专业** |  |
| **个人评价** |  |
| **专业特长** |  |

**考生报名材料**

身份证照片面

身份证国徽面

学位证书

（如无，可空白）

毕业证书

退休证书

影像医师资格证书