**国家板球队队医报名（推荐）表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **性别** |  | | **出生年月** |  | 照片 |
| **学历** |  | | **学位** |  | | **毕业院校** |  |
| **身份证号** |  | | **民族** |  | | **政治面貌** |  |
| **办公电话** |  | | **手机** |  | | **电子邮箱** |  |
| **现工作单位** |  | | | | | **职务** |  | |
| **通讯地址** |  | | | | | **邮编** |  | |
| **执业证书类别** | |  | | | | | | |
| **获得资格时间** | |  | | | | | | |
| **批准执业时间** | |  | | | | | | |
| **批准执业范围** | |  | | | | | | |
| **执业注册地点** | |  | | | | | | |
| **专业技术职称** | |  | | | | | | |
| **职称评定时间** | |  | | | | | | |
| **教育和工作**  **简历** | |  | | | | | | |
| **单位推荐意见** | | | | | **本人承诺** | | | |
| （公章）  年 月 日 | | | | | 本人承诺：  以上情况均为属实，如有不实，一切后果由我本人承担。  （签名）  年 月 日 | | | |