附件：

蕲春县2019年引进乡村医生报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | （相片） |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 学 历 | □本科 □大专 □中专 | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 户 籍所在地 |  |
| 报考岗位 |  | 岗位代码 |  |
| 是否愿意服从调剂 | □是 □否 |
| 学习工作经历 |  |
| 是否具有执业资格 | □执业医师 | 取得时间 |  |
| □执业助理医师 |  |
| □乡村医师 |  |
| 报考资格审查意见：审查人：（签名） 年 月 日 | 县级卫生计生行政部门意见： （盖章）  年 月 日 |