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 | | | | | | | | |