附件：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 东宁市2019年乡村医生计划报名登记表 | | | | | | | | | |
| 姓  名 |  | 性别 | |  | 民族 | | |  | 相片  （二寸蓝底） |
| 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 |  | | | | | | | | |
| 是否愿意服从调剂 | □是    □否 | | | | | | | | |
| 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 | | | 县级卫生健康行政部门意见：      （盖章）         年   月   日 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |