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  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |