附件2

四川省贫困地区定向医学专科生引进项目

申请志愿表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 一寸免冠照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 户口所在地（填写具体地址） | |  | | | |
| 家庭现住址 | |  | | | |
| 联系电话（务必填写，如本人无联系电话，请填写最方便的联系人） | |  | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | |
| 所学专业 | |  | | | 申请专业 |  |
| 申请就业的县（市、区） | |  | | | 是否服从调剂 |  |
| 个人总结（300字以内） |  | | | | | |
| 县（市、区）卫生健康行政部门意见 | （盖 章）   年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |