附件1

报名意向申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | （贴照片） |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 现户籍所在地 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 取得医学学历时间 |  | 毕业学校 |   |
| 拟申报村卫生室名称 | 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 本人承诺 | 本人服从调剂，服从工作安排。 申请人签字（按红指印）： 年 月 日 |