|  |
| --- |
| **附件2：****2023年伊川县医学专业高校毕业生****免试申请乡村医生执业注册招聘报名表** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 户籍所在地 |  | 健康状况 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 毕业时间 |  | 是否服从调配 |  |
| 身份证号码 |  |
| 家庭地址 |  |
| 学历 |  | 联系电话 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 申请执业村卫生所名称 |  |
| 本人承诺 | 本人提供的上述信息真实有效。如有不实，自愿按相关规定接受处罚，并愿意承担由此造成的一切后果。本人服从县卫健委根据实际情况对本人所报岗位进行调整。承诺人（签字）:年 月 日 |