附件2

共青城市乡村医生“乡聘村用”竞聘上岗报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | （相片） |
| 身份证号码 |  | | |
| 学 历 |  | 专业 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 是否服从调配 | |  |
| 现所在村卫生室 |  | | 报名村卫生室 |  |
| 执业资格 | □执业医师 | | 取得时间 |  |
| □执业助理医师 | |  |
| □乡村医生 | |  |
| 工作简历 |  | | | |
| 乡镇医疗卫生  单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | |
| 乡（镇、场）  意见 | （盖章） 年 月 日 | | | |
| 卫生健康主管 部门意见 | （盖章） 年 月 日 | | | |