附件2

2023年沈丘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 |  | 电话 |  |
| 学历 |  | 毕业院校、专业及毕业时间 |  |
| 学习简历 |  |
| 报名意向村卫生室名称 |  |
| 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 |