附件2：

芦山县大学生乡村医生专项计划申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 照片 |
| 民 族 |  | 出生年月 | |  | |
| 身份证号 |  | | 健康状况 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 | |  |
| 毕业专业 |  | | 学历/学位 | |  | |
| 拟注册村卫生室名称 |  | | | 拟注册村卫生室所在县（乡） | |  |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 何时何地因何种原因受过何种奖励或表彰 | |  | | | | |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 | |  | | | | |
| 本人确认并承诺以上信息真实无误，现申请执业注册，如有虚假，愿承担相应法律责任。  申请人（签名）：  年      月      日 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：本表一式两份，并附身份证、毕业证书复印件，报名时提供原件审核。