**雅安市 县（区）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：本表一式三份，并附身份证、毕业证书复印件，报名时提供原件审核。**