附件2

彭州市2023年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 |  |
| 学历/学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业专业 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 拟注册村卫生室名称 | 第一志愿： |
| 第二志愿： |
| 是否服从调配 |  |
| 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： 年 月 日 |