

附件 2

广元市大学生乡村医生专项计划申请表

姓 名		性 别		照片 (近期二寸正面半身免冠彩色照片)
民 族		出生年月		
身份证号		健康状况		
户籍地 (常住) 地址				
毕业院校		毕业时间		
毕业专业		学历/学位		
证书编号		联系电话		
拟注册村卫生室名称		拟注册村卫生室所在县区及乡镇		
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：本表填写一式 3 份，并持本人居民身份证、毕业证原件和复印件以及县区卫生健康局要求的其他个人资料到指定注册地点办理注册申请。

