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 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 学历/学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业专业 |  | |
| 拟注册村卫生室名称 |  | 拟注册村卫生室所在地 |  | |
| 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：  年 月 日 | | | | |