附件2

岳池县大学生乡村医生专项计划报名申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校及专业 |  | | 学 历 | |  | 毕业时间 |  |
| 执业资格 |  | | 取证时间 | |  | 健康状况 |  | |
| 报考岗位 | 岳池县乡镇村卫生室 | | | | | 身份证号 |  | |
| 家庭详细地址 |  | | | | | 联系电话 |  | |
| 人员范围 | 1[ ] | 2[ ] | | 3[ ] | | 4[ ] | 服从县域内调剂 | 是[ ] 否[ ] |
| 参加培训情况 | 岗前培训[ ] 住院医师规培[ ] 助理全科医师规培[ ] 其他[ ] | | | | | | | |
| 学习工作  简历 |  | | | | | | | |
|
|
|
| 奖励情况 |  | | | | | 惩处情况 |  | |
| 报名信息  确认 | 本人承诺，本报名表所填报信息真实准确，如因个人瞒报、漏报、错报、虚报等行为造成的后果，由本人承担。  承诺人（需手写签名）：   年 月 日 | | | | | | | |
| 资格初审  单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 资格复审  单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

备注：1.人员范围按照个人实际情况在对应处打勾：（1）2024届医学专业高校应届毕业生及2022年6月以后离校未就业的高校毕业生；（2）以普通高校应届毕业生应征入伍服义务兵役的人员，退役后1年内的；（3）参加“三支一扶”等基层服务项目人员，参加服务项目前无工作经历，服务期满且考核合格后2年内的；（4）大学毕业后未参加工作直接接受规范化培训的人员，于2024年培训合格的。 2.“惩处情况”栏中请说明有无违法违纪记录。