|  |
| --- |
| **附件1：****海口市秀英区2023年乡村医务人员考试报名表** |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | （照片） |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **出生地** |  |
| **户籍****所在地** |  | **健康状况** |  | **政治面貌** |  |
| **最高学历** |  | **毕业时间** |  | **是否服从调配** |  |
| **身份证****号码** |  |
| **家庭 地址** |  |
| **毕业院校及专业** |  | **联系电话** |  |
| **学习简历** |  |
| **申请执业村卫生室名称** |  |
| **本人承诺** | 本人提供的上述信息真实有效。如有不实，自愿按相关规定接受处罚，并愿意承担由此造成的一切后果。本人服从秀英区卫健委根据实际情况对本人所报岗位进行调整。 承诺人（签字）: 年 月 日 |