附件2：

湖南乡村医生本土化培养报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|         | 县 |   | 乡镇 |   | 村 | 报名编号： |   |
| 姓  名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 近期2寸免冠照片 |
| 文化程度 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 联系电话 | 　 |
| 详细通讯地址 |   |
| 主要学习和工作经历 |           |
| 本人意见自愿并签名 |    　 |
| 村委会意见（签章） |    　 |
| 乡镇卫生院意见（签章） | 　 |
| 县卫计局意见（签章） | 　 |
| 市卫生委意见（签章） |   |
| 省卫计委意见（签章） |          |
| **注：本表须由自愿参加乡村医生本土化培养人员本人填写，一式四份。** |