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。** | | | | | | | |