附件2

岳阳市基层医疗卫生机构本土化人才培养

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 县(市区) |  | 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 |  | 身份证号码 |  | | | |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 详细通讯地址 |  | | | | | | |
| 主要学习  经历 |  | | | | | | |
| 本人意见  自愿并签名 |  | | | | | | |
| 乡镇卫生院  意见  （签章） |  | | | | | | |
| 县级卫生  健康局  意见  （签章） |  | | | | | | |
| **注：本表须由自愿参加基层医疗卫生机构本土化人才培养人员本人填写，一式三份，乡镇卫生院、县级卫生健康局、学生本人各留存一份。** | | | | | | | |