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。** |