

附件 1

安康市考试补充乡村医生报名申请表

姓 名		性 别		照片
民 族		文化程度		
身份证号		健康状况		
家庭地址				
联系电话		拟执业地点		
中专水平证书名称			编号	
医药类学历证书名称			编号	
医药实践 简历				
个人申请 与承诺	<p>我自愿报名参加安康市 2016-2017 年补充乡村医生考试。我在此郑重声明：一是我已经认真、仔细的阅读了市县（区）卫生计生局关于这次招录的政策，我明白这些政策对我的意义，我保证遵守这些政策。二是我保证我所提交的资料、信息均来自合法渠道并且是真实、合法、有效。三是在参加招录中，如果由于我自己的失误导致的损失，我自行承担。四是如果被招录，我保证到     县（区）     镇     村卫生室执业。我明白，如果不去，这次的招录成绩无效；去之后，如果未经     县（区）卫生计生局的批准，中途擅自变更执业地址的，属非法执业，因这次考试所获取的《乡村医生执业</p>			

	<p>证书》将被注销。</p> <p>申请人本人亲笔签名：</p>
拟执业村卫生室所在行政村推荐意见	<p>村委会负责人亲笔签名： (村委会签章)</p>
拟执业村卫生室所在乡镇卫生院推荐意见	<p>卫生院院长亲笔签名： (卫生院签章)</p>
县区卫生和计划生育局审查意见	<p>审查人亲笔签名：</p> <p>负责人亲笔签名： (签章)</p>

注：本表“个人申请与承诺”栏中，申请人本人签名必须是申请人亲自签署，不得委托他人签名或者盖印章。