附件1

**江西省乡村医生执业资格考试报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 准考证号（由设区市卫生健康委填写） | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ |
| 姓 名： | 性别： | 民族： | 近期免冠一寸照片 |
| 出生日期： 年 月 日 |
| 身份证号： |
| 毕业学校：  | 毕业时间： |
| 毕业专业： |
| 家庭住址： | 邮政编码： |
| 联系方式 | 电话： 手机：  |
| 本人确认以上信息无误，现申请参加全省乡村医生执业资格考试。 申请人（签名）： 年 月 日 |
| 县级卫生健康行政部门初审意见：□以上情况属实，同意报考。□不同意报考。负责人签名：（公章）年 月 日 |
| 设区市卫生健康委复核意见：□同意考试。□不同意考试。负责人签名： （公章）年 月 日 |

注：考生报名表在报名完成后，由设区市卫生健康委留存一份。