附件：

**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。