附件2

石林彝族自治县乡村医生竞聘上岗报名及审查表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | （相片） |
| 身份证号码 |  | | |
| 学历 |  | 专业 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 参加工  作时间 |  | 是否服从调配 | |  |
| 现所在村  卫生室（单位） |  | 报考村  卫生室 |  | |
| 执业资格 | □执业医师资格证书 | | 取得 时间 |  |
| □执业助理医师资格证书 | |  |
| □乡村医生执业证书 | |  |
| □乡村全科执业助理医师资格证 | |  |
| 本人承诺 | 本人提交的报名材料均真实、合法，如有不实，本人承担相应的法律责任和产生的一切后果。  本人签名（手印）： 年 月 日 | | | |
| 工  作  学  习  业  绩  简  历 |  | | | |
| 近  三  年  奖  惩  情  况 |  | | | |
| 乡镇（街道）卫生院报名审查意见 | （盖章） 年 月 日 | | | |
| 县卫生健康局意见 | （盖章） 年 月 日 | | | |

**填表说明**

1.“现所在村卫生室（单位）”指申请在某行政村执业的行政村或单位；“报名村卫生室”指准备竞聘的某行政村。

2.“参加工作时间”指在我县村或我县其他医疗卫生机构从事医疗卫生保健工作的时间。

3.“乡村医生”指依法取得由县卫生行政部门颁发的乡村医生证书，并在我县村执业的医务人员。

4.提交的其他材料（附后）：

①身份证复印件；

②学历证书复印件；

③乡村医生执业证书或执业（助理）医师资格证书复印件；

④从业年限证明（由村委会、卫生院出具），村委会开展的长期居住证明（村委会）；

⑤1寸同底免冠相片3张。