附件1

关岭自治县民族医生资格报名申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 现从事主要职业 |  |
| 工作单位 |  |
| 家庭地址 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 医术实践地点 |  县（区） 乡镇（街道） 组（路） 号 | 医术实践时间 | 年 月至 年 月 |
| 擅长病症科目 |  | 近五年服务人数 |  |
| 学习途径 | 自学□ 家传□ 跟师□ 自创□ |
| 医术渊源 |  |
| 个人学习经历 |  |
| 医术实践经历 |  |
| 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。本人签字： 日 期： 年 月 日  |