

附件 2

山西省在岗乡村医生学历提升报名登记表

2021 年度

市 县

姓名		性别		出生年月	
身份证号				联系电话	
户籍所在地					
工作单位					
资格证名称				发证机关	
当前学历				毕业学校	
毕业时间				毕业专业	
报考学校				报考专业	
本人工作简历：					
县卫生 健康主 管部门 审查意见	负责人签字： 联系电话： (单位公章) 年 月 日				

备注：此表一式四份。县（市、区）卫体局、招生部门、报考院校、考生本人各一份。