|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 浙江省乡镇执业助理医师资格考试  报名审核表 | | | | | | | |
| 市 县（市、区） | | | | | | （近期正面免冠  半身彩照） | |
| 姓名 |  | 所在单位 |  | | |
| 性别 |  | 身份证号 |  | | |
| 学历 |  | 毕业学校 |  | | | 毕业专业 |  |
| 联系电话 |  | | | | 参加工作时间 |  | |
| 所在单位现有执业助理医师以上资格人数 (人) | | | | | | | |
| 所在单位还需执业助理医师资格人数 （人） | | | | | | | |
| 所在单位意见（盖章）  负责人签字：      年 月 日 | | | | 县（市、区）卫生局意见（盖章）  负责人签字：      年 月 日 | | | |
| 考点审核意见（盖章）  负责人签字：      年 月 日 | | | | 考区审核意见（盖章）  负责人签字：      年 月 日 | | | |