|  |
| --- |
| 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 |