# 附件1：

# 2020年合肥市蜀山区医疗卫生单位医师资格考试报名花名册

单位名称（盖章）： 经办人： 所在科室： 办公电话： 经办人手机号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **毕业学校** | **学历** | **毕业专业** | **报考类别代码** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **我单位郑重承诺本表中 名考生均为我单位职工，非挂靠人员，所有考生信息均真实、合法、有效。如有不实之处，我单位愿负相应责任，并承担由此所造成的一切后果。  单位法人代表/法定代表签字：  年 月 日** | | | | | | | |