2023年助理全科培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | | | 年龄 |  | | 贴  一  寸  彩  照 | | |
| 籍贯 |  | | | | 民族 | |  | | | 婚姻  状况 |  | |
| 政治  面貌 |  | | | | 健康  状况 | |  | | | 特长  爱好 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | |
| 联系方式 | 手机号码 | | |  | | | 电子邮箱 | |  | | | | | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 报考专业 | 助理全科 | | | | | | | | | | | | | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | 毕业时间 | | |  | | | 应届/往届 |  | |
| 毕业专业 |  | | | | | | 学 制 | | |  | | | 学 历 |  | |
| 是否取得  医师资格证 |  | | | | | | 是否注册  医师执业证 | | |  | | | 英语/  计算机等级 |  | |
| 学习/工作期所受奖励 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 学习及培训、工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年月日至年月日 | | | 单位名称 | | | | | 身份 | | | | 证明人 | | | 联系电话 |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |
| 主要  联络人员 | | 姓名 | 关系 | | | 联系地址 | | | | | | | | 联系电话 | |
|  | |  |  | | |  | | | | | | | |  | |
| 学员  承诺 | | 本人志愿参助理全科医生培训，并遵守培训协议。    签名 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |