|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2023年助理全科医生培训学员报名表** | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 年 龄 |  | 贴二寸白底彩照 | |
| 籍 贯 |  | | 民 族 |  | 婚 姻 |  |
| 政治面貌 |  | | 健康状况 |  | 特长爱好 |  |
| 身份证号 |  | | | 身份类型 | 单位人 | |
| 联系方式 | 手机号码 |  | | 电子邮箱 |  | 通讯地址 |  | |
| 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 |  | |
| 学 位 |  | | | 学位类型 |  | 外语等级 |  | |
| 是否取得医师资格证 |  | | | 是否注册医师执业证 |  | 计算机  等级 |  | |
| 学习/工作期间所受奖励 |  | | | | | | | |
| 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 | |
|  |  |  |  | | | |  | |
| 委托单位  意见 | 负责人签名 | | | |  | 年 | 月 | 日 |
| 学员承诺 | 本人志愿参加助理全科医生培训，并遵守培训协议。 | | | | | | | |
|
|
|  |  |  | 签名 |  | 年 | 月 | 日 |