**深圳市疾病预防控制中心**

**公共卫生医师规范化培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | 贴照片处 | |
| 政治面貌 | |  | | 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  |
| 电子邮箱 | |  | | 最高学历 | |  | | 学 位 | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | 外语水平 | |  |
| 手机号码 | |  | | | 紧急联系人、电话 | | |  | | |
| **高等教育经历** | 起止年月 | | 毕业院校 | | | | 专业 | | 毕业后学历/学位 | | | 获奖与社会工作 |
|  | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | |  | | |  |
| **工作经历** | 起止年月 | | 工作单位 | | | | | | 科室 | | | 获奖与社会工作 |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
| 是否取得公共卫生医师执业资格证 | | |  | | | | | | | | | |
| 申请者声明 | | | 1. 本人已认真阅读《招生简章》；2、本人自愿申请参加规范化培训。   签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 推荐单位意见 | | | 负责人签名： 单位公章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备注 | | | 1.请按照报名事宜中资格审查要求邮寄材料。邮寄地址：深圳市南山区龙苑路8号深圳市疾病预防控制中心 科教管理科（报名材料），邮编518055。为保证资料顺利达到，建议使用顺丰快递。  2.请正确填写邮箱和手机号码以便接受信息。 | | | | | | | | | |