文昌市人民医院/同济文昌医院

2021年助理全科医生培训招收报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **出生年月** |  | **政治面貌** |  | 照片 |
| **性别** |  | **籍贯** |  | **婚姻状况** |  |
| **民族** |  | **学历** |  | **健康状况** |  |
| **毕业院校及专业** |  | | | **毕业时间** |  | |
| **身份证号** |  | | | **报考人身份** | **单位人□ 社会人□** | |
| **助理执业医师证** | **有□ 无□** | | | **联系电话** |  | |
| **家庭地址** |  | | | | | |
| **学习**  **经历** |  | | | | | |
| **临床**  **工作**  **经历** |  | | | | | |
| **本人自愿报名，并承诺上述所填报事项真是可信，若有不实，将承担因此造成的一切后果。**  **签名： 年 月 日** | | | | | | |
| **委派单位意见** | **同意该学员报考及所报专业志愿，并承诺，若学员被录取，将确保安排其参加培训、享受相关待遇。**  **单位（盖章）**  **年 月 日** | | | | | |