

2022 年和平县人民医院助理全科医生培训学员报名表

姓 名		性 别		贴 一 寸 彩 照	
年 龄		民 族			
籍 贯		婚 姻 状 况			
政治面貌		身 高			
健康状况		既往病史			
学 历		学 位		所学专业	
外语等级	语 级	医师资格证		医师执业证	
培训志愿			是否服从调剂	是 / 否	
毕业学校		毕业时间		是否应届	
通讯地址			身份证号		
联系方式	手 机			邮 编	
	电子邮箱			QQ 号码	
学习/工作期间 所受奖励					
学习及工作经历					
年月日至年月日	单位名称		身份	证明人	联系方式
主要 联络人员	姓名	关系	工作单位		联系方式
申请人 意见	本人志愿参加助理全科医生培训，并遵守培训协议。 签名 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
所在学校 或 单位意见	签名（盖章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				