2022年助理全科医生培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 出生年月 | |  | 政 治 面 貌 | | |  | | | | 照片 |
| 性 别 | |  | 籍 贯 | |  | 婚 姻 状 况 | | |  | | | |
| 民 族 | |  | 健康状况 | |  | 英语水平 | | |  | | | |
| 学 历 | |  | 学 位 | |  | 执业助理  医师证 | | | 有□ 无□ | | | |
| 毕业院校及专业 | |  | | | | 执业助理  医师证号 | | |  | | | | |
| 毕 业 时 间 | |  | 身份证号 |  | | | | | 报考人身份 | | | 单位人□ 社会人□ | |
| 第一志愿 | |  | | | | 第二志愿 | | |  | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | 邮编 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 临床工作经历 | 起止时间 | | 医院名称 | | | | 等级 | | | | 科室 | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |
| 学习经历（自高中毕业起） | 起止时间 | | 学校名称 | | | | 专业 | | | | 学 历/学 位 | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |
| 本人自愿报名，并承诺上述所填报事项真实可信，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（无单位学员不填此栏） | | 同意该学员报考助理全科医生培训，并承诺：若该学员被录取，将确保安排其参加培训、享受相关待遇。  单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 培训基地  意见 | | 单位（盖章）：  年 月 日 | | | | 市卫生健康委意见 | | 单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | |