**汕尾市人民医院2022年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 |  |  |  | 所学专业 |  |
| 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 |  | 其它方式 |  |
| 学习/工作期间所受奖励 |  |
| 学习及工作经历（包括学习经历、临床轮训经历、往届毕业生毕业前后经历） |
| 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 | 本人自愿参加助理全科医生规范化培训，并遵守培训协议。 签名  年 月 日 |
| 所在单位意见 | 签名（盖章）  年 月 日 |