2023年助理全科培训学员报名表(单位人)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  | 贴  一  寸  彩  照 | | |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 婚姻  状况 | |  |
| 政治  面貌 |  | 健康  状况 |  | 特长  爱好 | |  |
| 身份证号 |  | | 身份类型 | 单位人 | | |
| 所在单位 |  | | 联系人 |  | | 联系电话 |  | | |
| 联系方式 | 手机号码 |  | 电子邮箱 |  | | | QQ号码 | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮政编码 | |  |
| 报考专业 | 助理全科 | | | | 是否订单定向培训生 | | | 是□ 否□ | |
| 毕业学校 |  | | 毕业时间 |  | | | 应届/往届 | |  |
| 毕业专业 |  | | 学 制 |  | | | 学 历 | |  |
| 是否取得  医师资格证 |  | | 是否注册  医师执业证 |  | | | 英语/  计算机等级 | |  |
| 学习/工作期所受奖励 |  | | | | | | | | |
| 学习及培训、工作经历 | | | | | | | | | |
| 年月日至年月日 | | 单位名称 | 身份 | | | 证明人 | 联系电话 | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |
| 主要联络人员姓名 | | 关系 | 联系地址 | | | | 联系电话 | | |
|  | |  |  | | | |  | | |
| 委托  单位  意见 | 负责人签名 年 月 日 | | | | | | | | |
| 学员  承诺 | 本人志愿参助理全科医生培训，并遵守培训协议。  签名 年 月 日 | | | | | | | | |