**郯城县助理全科医生培训学员报名信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 民族 | |  | 2寸证件照  （蓝底近照） | | |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 |  | | | |
| 学员类别 | □单位委派 □社会人员 | | | | | | |
| 培训年度 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | 邮政编码 | | |  | | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | 学历 | |  | 专业 | |  |
| 执业类别 |  | | 执业证书编号 |  | | | | | | |
| 临床工作经历 | 起止时间 | 医院名称 | | | | 等级 | | | 科室 | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| 学习经历（自高中起） | 起止时间 | 学校名称 | | | | 专业 | | | 学 历/学 位 | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |