附件

2019年助理全科医生培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 一寸彩色近照 |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 民 族 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专 业 |  | 英语水平 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  |
| 是否应届毕业生 | □是 □ 否 | 身份证号 |  |
| 本人联系方式 | 联系电话： 电子邮箱： |
| 家庭联系方式 | 联 系 人： 联系电话： |
| 志愿 | 培训基地名称 |
|  |
| 是否服从调配 | □是 □ 否 |
| 是否有委派单位 | 否 |  |
| 是 | 工作单位 |  |
| 是否开具委派单位介绍信 □是 □否 |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。本人亲笔签名： 填表日期： |