附件

贵州省中医类别助理全科医生培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | | | 出生日期 |  | | | | 贴  一  寸  彩  照 | | |
| 性  别 |  | | | | 籍    贯 |  | | | |
| 民  族 |  | | | | 健康状况 |  | | | |
| 政治面貌 |  | | | | 婚姻状况 |  | | | | 既往病史 | |  |
| 外语水平 |  | | | | 学    历 |  | | | |
| 毕业学校 |  | | | | 学    位 |  | | | | 有无医师执业证书 | |  |
| 所学专业 |  | | | | | | | | | 毕业时间 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | 是否应届生 | |  |
| 培训基地志愿： | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位： | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址：             家庭电话：          邮编： | | | | | | | | | | | | |
| 本人联系方式 | 手  机 | |  | | | | | 通讯地址 | | |  | |
| E-mail | |  | | | | | 其他方式 | | |  | |
| 工  作（实习）  经  历 | | | | | | | | | | | | |
| 临床工作（实习）起止时间 | | 医 院  名 称 | | 医 院级 别 | | | 职 务 | | 证明人 | | 证明人  现任何职 | 证明人  联系电话 |
|  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 参加中医类别助理全科医生培训最大的几点愿望 | |  | | | | | | | | | | |
| 参加中医类别助理全科医生培训最大的几点顾虑 | |  | | | | | | | | | | |
| 履历（包括中学以上学历） | | | | | | | | | | | | |
| 年月日 至 年月日 | | 何学校（单位） | | | | 何种学历（职业、职务） | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
| 单位意见 | | （盖章） | | | | | | | | | | |
| 备    注 | |  | | | | | | | | | | |

填表说明：工作（实习）经历中已工作者，二者均要填写，尚未参加工作者，需将所实习的科室如实填写。无工作单位人员其单位意见由档案所在部门负责填写。