附件1：

|  |
| --- |
| 2020年助理全科医生培训学员报名表（社会人） |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴二寸彩照 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 婚姻 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 特长爱好 |  |
| 身份证号 |  | 身份类型 | 社会人 |  |
| 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 |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 应届/往届 |  |
| 毕业专业 |  | 学制 |  | 学历 |  |
| 学位 |  | 学位类型 |  | 外语等级 |  |
| 是否取得医师资格证 |  | 是否注册医师执业证 |  | 计算机等级 |  |
| 学习/工作期间所受奖励 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
| 学员承诺 | 本人志愿参加助理全科医生培训，并遵守培训协议。 |
|
|
|  |  |  | 签名 |  | 年 | 月 | 日 |

|  |
| --- |
| 2020年助理全科医生培训学员报名表（单位人） |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴二寸彩照 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 婚姻 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 特长爱好 |  |
| 身份证号 |  | 身份类型 | 社会人 |  |
| 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 |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 应届/往届 |  |
| 毕业专业 |  | 学制 |  | 学历 |  |
| 学位 |  | 学位类型 |  | 外语等级 |  |
| 是否取得医师资格证 |  | 是否注册医师执业证 |  | 计算机等级 |  |
| 学习/工作期间所受奖励 |  |
| 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 | 本人志愿参加助理全科医生培训，并遵守培训协议。 |
|
|
|  |  |  | 签名 |  | 年 | 月 | 日 |