附件3

吉林省2023年助理全科医生培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 | 姓 名 | |  | | | 性 别 |  | | | 民 族 |  | （贴照片处） |
| 出生年月 | |  | | | 政治面貌 |  | | | 户口所在地 |  |
| 身份证号 | |  | | | 婚姻状况 |  | | | 健康状况 |  |
| 电子邮件 | |  | | | 固定电话 |  | | | 手 机 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 邮政编码 |  |
| 申 报 情 况 | 培训基地 | | | | |  | | | | | | |
| 培训内容 | | | | | 《助理全科医生培训标准（试行）》（卫科教发〔2012〕59号） | | | | | | |
| 执业助理医师资格证书号码 | | | | |  | | | | | | 是 否 |
| 教 育 情 况 | 内 容 | | | 起止时间 | | 学校名称（院系） | | | | | 专 业 |  |
| 大专 | | |  | |  | | | | |  |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |  |
| 临 床 工 作 经 历 | 医 院 名 称 | | | | 等 级 | 科 室 | | | 起止时间 | | 职 务 | 证 明 人 |
|  | | | |  |  | | |  | |  |  |
|  | | | |  |  | | |  | |  |  |
|  | | | |  |  | | |  | |  |  |
| 外语能力 | | （语种） | | | 四级 六级 其他： | | | | | | | |
| 本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | 单位意见（单位人报名，须经原单位签署同意并盖章）：  年 月 日 | | | | |