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 |