**平南县第二人民医院助理全科医生培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年 龄 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 健康状况 |  | 既 往 病 史 |  |
| 个人身份（社会学员、单位委培学员） |  |
| 英语水平 |  | 学历 |  | 是否应届毕业 |  |
| 大专毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 毕业专业 |  | 计算机等级 |  |
| 助理医师资格证书取得时间 |  | 助理医师资格证书编号 |  |
| 身份证号码 |  |
| 通讯住址 |  | 邮编 |  |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 电话 |  |
| E-mail |  | QQ号 |  |
| 学习及工作经历（包括大专学历、临床轮转经历、历届毕业生毕业后经历） |
| 起止时间 | 学校或医院名称 | 专业 | 任职 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 何时何地何事受过何种奖励 |  |
| 何时何地何事受过何种处分 |  |
| 申请人承诺 |  申请人签名**：** 年 月 日 |
| 受训者所在单位或学校推荐意见 | 签名（盖章） 年 月 日 |
| 承接培训基地单位意见 |  平南县第二人民医院（盖章） 年 月 日 |