附： **2024年助理全科医生培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 照片 |
| 性 别 |  | 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  | 学历 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 执业助理医师证 | 有🞎无🞎 | 执业助理医师证号 |  |
| 毕业时间 |  | 身份证号 |  | 报考人身 份 | 单位人🞎社会人🞎 |
| 所在单位（无单位不用填此栏） |  |
| 家庭住址 |  | 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 学习经历（自高中起） | 起止时间 | 学校名称 | 专业 | 学历/学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人自愿报名，并承诺上述所填报真实可信，若有不实，将承担因此造成的一切后果。 签名： 年 月 日 |
| 委派单位意见（无单位学员不填此栏） | 同意该学员报考助理全科医生培训，并承诺：若该学员被录取，将确保安排其全程脱产参加培训、享受相关待遇。 单位（盖章） 年 月 日 |
| 培训基地意见 | 单位（盖章）年 月 日 | 县卫建局意见 | 单位（盖章）年 月 日 |