附件1

贵州省中医类别助理全科医生培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 出生日期 | |  | 贴 一 寸 彩 照 | | |
| 性 别 |  | | 籍 贯 | |  |
| 民 族 |  | | 健康状况 | |  |
| 政治面貌 |  | | 婚姻状况 | |  | 既往病史 | |  |
| 外语水平 |  | | 学 历 | |  |
| 毕业学校 |  | | 学 位 | |  | 有无医师 执业证书 | |  |
| 所学专业 |  | | | | | 毕业时间 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | 是否应届生 | |  |
| 培训基地志愿： | | | | | | | | |
| 工作单位： | | | | | | | | |
| 家庭住址： 家庭电话： 邮编： | | | | | | | | |
| 本人联系方式 | 手 机 |  | | | 通讯地址 |  | | |
| E-mail |  | | | 其它方式 |  | | |
| 工 作（实习） 经 历 | | | | | | | | |
| 临床工作（实 习）起止时间 | 医院  名称 | 医院级别 | | 职 务 | 证明人 | 证明人  现任何职 | 证明人  联系电话 | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加中医类别助理全科医生培训最大的几点愿望 |  | | |
| 参加中医类别助理全科医生培训最大的几点顾虑 |  | | |
| 履历（包括中学以上学历） | | | |
| 年月日至年月日 | | 何学校（单位） | 何种学历（职业、职务） |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 单位意见 | | （盖章） | |
| 备 注 | |  | |

填表说明：工作（实习）经历中已工作者，二者均要填写，尚未参加工作者，需将所实习 的科室如实填写 。无工作单位人员其单位意见由档案所在部门负责填写。