**内江市第二人民医院助理全科医生培训报名表**

申请培训专业： 助理全科 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 小二寸免冠近照（白底） |
| 身份证号 |  | 民 族 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  |
| 专 业 |  | 毕业时间 |  |
| 是否应届生 | 是□ 否□ | 英语等级 |  |
| 是否执业 | 是□ 否□ | 执业范围 |  |
| 是否委培 | 是□ 否□ | 委培单位 |  |
| 联系方式 | 手机： | 通讯地址： |
| QQ： | 家庭住址： |
| **工作（实习）经历** |
| 自何年月至何年月 | 在何地区何单位 | 职 务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **学习经历（高中及以上）** |
| 自何年月至何年月 | 院校单位 |  学历 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **何时获得何种奖励** |
|  |
| **何时受过何种处分** |
|  |
| 培训意愿 | 本人自愿参加助理全科医生培训，遵守基地医院及培训合同（协议）的相关规定。申请人签字： 年 月 日 |