|  |
| --- |
| 附件： |
| **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 |  |
| 名 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 |  | 其他方式 |  |
| 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 | 证明人现在何职 | 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忌 |  |
| 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。 |