附件2：

# 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  蓝底彩照 | | |
| 性 别 |  | | 籍 贯 | | |  | | | | | | |
| 民 族 |  | | 政治面貌 | | |  | | | | | | |
| 健康状况 |  | | 既往病史 | | |  | | | | 婚姻状况 | | | |  | |
| 外语水平 |  | | 学 历 | | |  | | | | | | | | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所学专业 |  | | | | | 毕业时间 | | | | |  | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | 是否应届生 | | | | |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | 通讯地址 | |  | | | | | | | | | |
| 培训基地  志愿 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | 邮编 | | | |  | | | |
| 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。