附件：

2024年助理全科培训学员报名表(社会人)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴一寸彩照 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 特长爱好 |  |
| 身份证号 |  | 身份类型 | 社会人 |
| 联系方式 | 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 报考专业 | 助理全科 | 是否订单定向培训生 | 是□ 否□ |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 应届/往届 |  |
| 毕业专业 |  | 学 制 |  | 学 历 |  |
| 是否取得医师资格证 |  | 是否注册医师执业证 |  | 英语/计算机等级 |  |
| 学习/工作期所受奖励 |  |
| 学习及培训、工作经历 |
| 年月日至年月日 | 单位名称 | 身份 | 证明人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 主要联络人员 | 姓名 | 关系 | 联系地址 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
| 学员承诺 |  本人自愿参加助理全科医生培训，并遵守培训协议。  签名 年 月 日 |

2024年助理全科培训学员报名表(单位人)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴一寸彩照 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 特长爱好 |  |
| 身份证号 |  | 身份类型 | 单位人 |
| 所在单位 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 联系方式 | 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 报考专业 | 助理全科 | 是否订单定向培训生 | 是□ 否□ |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 应届/往届 |  |
| 毕业专业 |  | 学 制 |  | 学 历 |  |
| 是否取得医师资格证 |  | 是否注册医师执业证 |  | 英语/计算机等级 |  |
| 学习/工作期所受奖励 |  |
| 学习及培训、工作经历 |
| 年月日至年月日 | 单位名称 | 身份 | 证明人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 主要联络人员姓名 | 关系 | 联系地址 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
| 委托单位意见 |  负责人签名 年 月 日 |
| 学员承诺 | 本人自愿参加助理全科医生培训，并遵守培训协议。签名 年 月 日 |