附件 3：

# 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。