附件

|  |
| --- |
| 个人基本情况 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 近期一寸免冠照片 |
| 出生日期 |  | 身份证号码 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 毕业专业 |  | 联系电话 |  |
| 健康状况 |  | 学员类型 | 🞎单位人 🞎委培学员 🞎社会学员 |
| 工作单位 |  | 单位联系人及职务 |  | 单位联系人电话 |  |
| 申请报名-志愿信息 |
| 培训医院 | 培训专业 |
|  |  |
| 请工整填写：我承诺以上信息真实可靠 签字： 日期： 年 月 日 |

 2019年河南省助理全科医生培训报名表