附表2

**南宁市第八人民医院助理全科医生培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠彩照（1寸） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 身 高 |  | 社会工作 |  |
| 健康状况 |  | 既往病史 |  |  |  |
| 最高毕业学校 |  | 毕业时间 | 年 月 日 |
| 所学专业 |  | 学 历 |  | 是否应届生 |  |
| 身份证号 |  | 工作单位 |  |
| 学员类型 | □ 社会生 □ 外单位委培学员 □ 本单位委培学员 |
| 生源地 | 省 市 [县、区] 路 号 |
| 家庭住址及电话 |  | 邮政编码 |  |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 家庭电话 |  |
| E-mail |  | QQ或微信号 |  |
| 执业助理医师资格证及编号 | 有（ ） | 编号 |  | 无（ ） |
| 执业助理医师执业证及编号 | 有（ ） | 编号 |  | 无（ ） |
| 何时何地何事受过何种奖励或处分 |  |
| 主要学习及工作经历（从初中写起） |
| 年月至年月 | 学校或单位名称 | 专 业 | 职称 | 职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请人意 见 | 本人自愿参加助理全科医生培训并服从医院的统一管理，遵守培训协议条例。  申请人签名（盖章）： 年 月 日 |
| 申请人所在单位或学校意见 |   签名（盖章）： 年 月 日 |
| 承接培训基地意见 |   南宁市第八人民医院（盖章）： 年 月 日 |