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 | | | | | | | | | | | | | |