附件：

**2019年河南省助理全科医师培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | |  | | | 通讯地址  及邮编 | |  | | |
| 紧急  联系人 |  | 与本人  关系 | |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 健康状况 |  | 学员类型 | | □单位人 🞎委培 □社会人 | | | | | | | |
| 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  签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |