编号：

江西省助理全科医生培训

申

请

表

 姓 名

 毕业学校

 申请时间

江 西 省 卫 健 委 制

**个 人 基 本 情 况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  姓 名 |  |  性 别 |  |  民 族 |  | 2寸彩色 免冠近照 |
| 出生日期 |  年 月 日 | 学 历 |  |
| 毕业院校 |  | 专 业 |  |
| 毕业时间 |  年 月 日 | 单位人/社会人 |  |
| 身份证号 |  | 工作单位 |  |
| 家庭住址 |  |
| 本人联系方式 | 联系电话： 电子邮箱： |
| 家庭联系方式 | 联 系 人： 联系电话： |
| 应届 毕业生 | □是 □ 否 | 执业助理医师资格证 | □有 □无 | 执业范围 |  |
| 学习和工作经历（请从高中开始填写） | 起 止 时 间 | 所 在 学 校 或 单 位 | 学习/工作岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 何时何地何因 受过何种奖励或惩罚 |  |
| 个人申明： 本人自愿参加助理全科医生培训，保证所提交信息的真实性、合法性，愿承担因填写不实而产生的一切后果。本人亲笔签名： 填表日期： |
| 备注：培训对象须提供以下材料，请核对报名资料准备情况（请在方框内打“√”）：1.身份证复印件 □ 2.学历证复印件 □ |

**审 核 情 况**

|  |  |
| --- | --- |
| 培训对象所在工作单位意见（有工作单位者填写） | 经本单位研究，同意 同志参加助理全科医生培训。（盖章） 单位负责人： 年 月 日 |
| 培训基地审核意见 | 同意 同志参加助理全科医生培训。 （盖章）负责人： 年 月 日 |
| 设区 市卫 健委审核意见 | 同意 同志参加助理全科医生培训。 （盖章）负责人： 年 月 日 |
| 省卫健 委 意见 |   （盖章） 年 月 日  |