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 |