**河南省“3+2”助理全科医生培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人基本情况** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 民族 |  | | | 照 片 |
| 出生日期 |  | | 学历 | |  | 专业 |  | | |
| 身份证  号码 |  | | 毕业院校 | |  | | | | |
| 毕业时间 |  | | 手机号 | |  | | | | |
| 医师资格类型 |  | | | | | 医师资格证号 | |  | | |
| 学员类型 |  | | 原工作单位 |  | | | | | | |
| 生源地是否属于贫困地区 |  | | 原工作单位属性 |  | | | | | | |
| **申请报名-志愿信息** | | | | | | | | | | |
| 培训医院 | | 培训专业 | | | | | | | 是否同意调剂 | |
|  | |  | | | | | | |  | |
| **请填写“我承若以上信息真实可靠”**  签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **单位意见：**    签章： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

注：1.学员类型指单位人、委培学员或社会人。

2.原工作单位属性指乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县级综合医院、专业公共卫生机构或其他。