**附件1：**

**标准化病人信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  信  息 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 | |  | 一寸照片 |
| 证件类型 |  | 证件编号 |  | | | |
| 出生日期 |  | 联系电话 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 教  育  背  景 | 时 间 | 毕业院校及学历 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 工  作  背景 | 时 间 | 工作内容与职务、职称 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 承诺签字 | 申报承诺：我自愿申报参加齐齐哈尔医学院SP工作，承诺填报内容真实、准确，将按相关规定执考并严格遵守。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | | |