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 |