**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。