**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 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |