**2019年湖南省助理全科医生培训招录报名表**

市或县 乡镇 村 报名编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 近期2寸  免冠照片 |
| 文化程度 |  | 身份证号 | |  | | |
| 毕业学校 |  | | | 专业 |  | |
| 联系电话 |  | | | 邮箱 |  | |
| 详细通讯地址 |  | | | | | | |
| 主要学习和工作经历（高中开始） |  | | | | | | |
| 所在单位意见（单位人） | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 助理全科医生培训基地录取意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |

注：本表必须本人填写，一式两份，培训基地、省全科医生培训管理办公室各存一份。