

附件 1-1:



长春市人民医院
YANGCHUN PEOPLE'S HOSPITAL

2025 年助理全科培训学员报名表（单位人）

姓名		性别		年龄		贴一寸彩照
籍贯		民族		婚姻状况		
政治面貌		健康状况		特长爱好		
身份证号			身份类型	单位人		
所在单位			联系人		联系电话	
联系方式	手机号码		电子邮箱			QQ 号码
	家庭地址					邮政编码
报考专业	助理全科			是否订单定向培训生		是 ☐ 否 ☐
毕业学校			毕业时间			应届/往届
毕业专业			学 制			学 历
是否取得医师资格证			是否注册医师执业证			英语/计算机等级
学习/工作期所受奖励						
学习及培训、工作经历						
年月日至年月日		单位名称	身份		证明人	联系电话
主要联络人员姓名		关系	联系地址			联系电话
委托单位意见	负责人签名: _____ 年 月 日					
学员承诺	本人志愿参加助理全科医生培训，并遵守培训协议。 签名: _____ 年 月 日					

