附件1

2026年助理全科医生培训结业考试报名表

**培训基地:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 信 息** | 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 白底小二寸  免冠证件照 |
| 证件类型 |  | 证件编号 | |  | |
| 出生日期 |  | 民 族 | |  | |
| **报 考 信 息**  （在对应选项□内打√） | 报考专业 | 西医全科 □ 蒙医全科 □ 中医全科 □ | | | | |
| 报考专业 | 专业理论考试 □ 临床实践能力考试 □ | | | | | |
| 报考次数 | 首次报考 □ 补考 □ | | | | | |
| 补考专业及次数 | 专业理论考试 □ 次 临床实践能力考试 □ 次 | | | | | |
| 执业专业 |  | 医师（助理医师）资格取得时间 | |  | | |
| **教 育 情 况** | 现有学历 |  | 现有学位 | |  | | |
| 毕业专业 |  | 毕业时间 | |  | | |
| 毕业学校 |  | | | | | |
| **工 作**  **情 况** | 单位名称 |  | | | 是否在职 |  | |
| 单位级别 |  | | | 参加工作时间 |  | |
| **其 他** | 进入基地时间 |  | | | 培训专业 |  | |
| 是否在协同基地完成培训 |  | | | 所在 协同基地 |  | |
| **联系**  **方式** | 联系电话 |  | | | 邮编 |  | |
| 联系地址 |  | | | | | |
| **以下由审核部门填写盖章** | | | | | | | |
| **审 查 意 见** | 所在培训基地审查意见：  审核人签名：  培训基地盖章：  年 月 日 | | | 考区审查意见：  审核人签名：  年 月 日 | | | |

备注：此表申报人员仔细核对后签字确认，一旦确认不得修改。

**申报人员签名： 日期： 年 月 日**