重庆医科大学附属第一医院

康复治疗师规范化培训报名申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 一寸彩照 |
| 身份证号码 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 应届/往届 |  | 最高学历 |  |
| 毕业院校 |  | 最高学位 |  |
| 学历取得时间 |  年 月 | 英语等级 |  |
| 医疗技术资格证书 | □有 □无 | 报考专业 | 康复治疗师□ 放射影像技师□ |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 身体状况 |  | 家庭住址 |  |
| 学习经历 | 学习阶段 | 起止年月 | 所在学校 | 任何职务 |
| 高中 |  |  |  |
| 大学 |  |  |  |
| 硕士研究生 |  |  |  |
| 博士研究生 |  |  |  |
| 实习/工作经历 | 实习/工作起止时间 | 实习/工作单位 | 轮转科室 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 在校期间获奖情况 |  |
| 个人声明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。签名： |
| 注：请将填写好的报名申请表（word格式）、身份证扫描件（正反两面）、毕业证和学位证扫描件（往届生）、在校成绩单扫描件（应届生）、教育部学籍在线验证报告、校/院级及以上奖励或荣誉证书扫描件、英语四级/六级成绩单等资料扫描件、近期1寸红底免冠照片(如未提交相关证书扫描件，视为未取得相应资格)按以上顺序排列。报名后务必加入报名文件中的QQ群，后续相关事宜会在群里通知，未加入者责任自负。 |

联系电话：89012528 地址：重庆市渝中区重庆医科大学附属第一医院 邮编：400016