**北京大学医学部健康管理培训班**

**报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生日期 | 年 月 日 | | | | 照  片 | | |
| 证件类型 | ☑ 身份证 □ 军官证 □ 护照 □其它\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 证件号码 |  | | | | | | | | |
| 民 族 |  | | | | 政治面貌 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 单位级别 | □ 三级医院 □ 二级医院 □ 一级医院 □ 其 它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 单位性质 | □ 国有 □ 外资 □ 民营 □政府和事业单位 □其它 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 职 务 |  | | | | 专业职称 |  | | | 单位人数 | | |  |
| 办公电话 |  | | | | 手 机 |  | | | | | | |
| 微 信 |  | | | | 电子邮箱 |  | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮 编 | | |  | |
| 工作经历 | 起止日期(年月) | | 单位名称 | | | | 职务名称 | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
| 教育经历 | 起止日期（年月） | | 学校 | | | | 专业 | | 学历/学位 | | | |
|  | |  | | | |  | |  | | | |
|  | |  | | | |  | |  | | | |
|  | |  | | | |  | |  | | | |
| 获知  本项目  的渠道 | □学校官方网站 □本单位教育部门组织  □论坛或会议（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ □他人推荐（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 经常阅读(浏览)的报纸、杂志、网站 | | | | |  | | | | | | | |
| 兴趣与爱好 | | | | |  | | | | | | | |

本人郑重声明以上所填内容属实 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_