**深圳市疾病预防控制中心**

**公共卫生医师规范化培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 电子邮箱 |  | 最高学历 |  | 学位 |  |
| 身份证号 |  | 外语水平 |  |
| 手机号码 |  | 紧急联系人、电话 |  |
| **高等教育经历** | 起止年月 | 毕业院校 | 专业 | 毕业后学历/学位 | 获奖与社会工作 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **工作经历** | 起止年月 | 工作单位 | 科室 | 获奖与社会工作 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 是否取得公共卫生医师执业资格证 |  |
| 申请者声明 | 1. 本人已认真阅读《招生简章》；2、本人自愿申请参加规范化培训。

签名： 年 月 日  |
| 推荐单位意见 | 负责人签名： 单位公章 年 月 日  |
| 备注 | 1.请按照报名事宜中资格审查要求邮寄材料。邮寄地址：深圳市南山区龙苑路8号深圳市疾病预防控制中心，收件人：科教科，电话：0755-86580769，邮编518055。为保证资料顺利收到，建议使用顺丰快递。2.请正确填写邮箱和手机号码以便接收信息。 |