**“百年协和--守护天使计划”**

**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 | | | | | | | |
| 证件号码 |  | | | | | | | |
| 民 族 |  | | | | 政治面貌 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | |
| 单位性质 | □ 国有 □ 外资 □ 民营 □其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 单位级别 | □ 三级医院 □ 二级医院 □ 一级医院 □其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 机构  业务内容 |  | | | | | | | | | | |
| 职 务 |  | | | | 专业职称 |  | | | 单位人数 | |  |
| 手 机 |  | | | | 邮 箱 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮编 | |  | |
| 工作经历  （可另附页） | 起止日期 | | 单位名称 | | | | 职务名称 | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |
| 教育经历（可另附页） | 起止日期 | | 学校 | | | | 专业 | | 学历/学位 | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
| 获知渠道 | □他人推荐（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 经常阅读的报纸、杂志、网站 | | | | | □健康报 □健康界 □医院院长杂志 □医学界 □人民日报 □新华网  □今日头条 □其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 兴趣与爱好 （可另附页） | | | | |  | | | | | | |

**咨询电话**：010-58116095 **邮箱：**hlgl@pumctc.cn