**海南医学院第一附属医院**

**国家紧急医学救援队队员报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片（近期1寸正面半身免冠彩色照片） |
| 出生年月 |  | 毕业学校 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 工作年限 |  | 政治面貌 |  |
| 专业技术职务 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 邮 箱 |  |
| 现所在科室 |  | 是否会游泳 |  |
| 是否能进行流利的英语对话 |  | 特 长 |  |
| 工作经历 |  |
| 以上所填内容真实有效。 本人签名： |
| 所在科室意见 | 签名年 月 日 |
| 单位审核意见 | （盖章）  年 月 日 |