天津市医学考试中心见习基地见习人员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （1寸照片） |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
| 是否为在校学生 | □是 □否 |
| 学校信息 | 毕业学校所学专业（拟）毕业时间 |
| 紧急联系人及联系方式 |  | 关系 |  |
| 主要工作（学习）经历 |  |
| 本人专长 |  |
| 申请见习起止时间 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 见习基地意见 |  |
| 本人承诺：所提供的信息均为真实信息，如有虚假愿承担一切责任！ 签名：  日期：  |