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： | | | | | | |