重庆医科大学附属永川医院放射影像技师规范化培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 一寸彩照 |
| 身份证号 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 应届/往届 |  |
| 专业方向 | □磁共振（MRI） □计算机断层扫描（CT） □普通放射（DR、乳腺钼靶）□血管介入（DSA） □其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 学历取得时间 |  年 月 | 学位 |  |
| 放射影像技术资格 | □有 □无 | 英语等级 |  |
| 身高 |  | 既往病史 |  | 计算机等级 |  |
| 本人联系方式 | 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 本人在校表现 | 在校成绩平均分 |  | 年级排名/总人数 |  |
| 家庭住址 |  | 特长 |  |
| 学习经历 | 学习阶段 | 起止年月 | 所在学校 | 任何职务 |
| 高中 |  |  |  |
| 大学 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 实习/工作经历 | 实习/工作起止时间 | 实习/工作单位 | 轮转科室 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 在校期间获奖情况 |   |
| 参加放射影像技师规范化培训的主要目的 |  |
| 个人声明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。签名（请打印后，亲笔书写）： |
| 注：请将填写好的报名登记表、身份证复印件（正反两面）、毕业证复印件、学位证复印件、在校成绩单复印件、教育部学籍在线验证报告、校/院级及以上奖励或荣誉证书复印件、放射影像技术资格证复印件、英语四级/六级成绩单等资料复印件、近期1寸红底免冠照片(如未提交相关证书复印件，视为未取得相应资格)按以上顺序排列。 |