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。 | | | | | | | | | |