**附件：重庆大学附属仁济医院（重庆市第五人民医院）放射影像技师规范化培训学员报名表**

**重庆大学附属仁济医院（重庆市第五人民医院）**

**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）**  **□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。** | | | | | | | | | |

联系电话：023-62896527 通信地址：重庆大学附属仁济医院 邮编：400061