**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