|  |
| --- |
| 江门市妇幼保健院**自主实习**申请表 |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 年龄 | 　 |
| 学校（全称） | 　 | 学历 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 毕业时间 |  年 月 日 | 身份证号码 |  |
| 手机号码 | 　 | 邮箱 | 　 |
| 申请实习起止时限 |  年 月 日至 年 月 日（共 个月） |
| 如实习起止时间由医院根据实际安排调整，是否服从医院安排 | 　 | 是否申请学生集体宿舍（院外，付费） | 　 |
| 意向实习科室及时长 | 实习科室及时长（如有毕业实习科室、时长要求的请详细列明，如无，请写服从医院安排） |
| 　 |
| 学校通讯地址 | 　 |
| 学校联系人姓名 | 　 | 职务 | 　 | 学校联系人电话： | 　 |
| 学生家庭地址 | 　 |
| 家庭（紧急）联系人姓名 | 　 | 关系 | 　 | 家庭联系人手机： | 　 |
| 学生本人承诺 |  本人承诺在医院实习期间遵纪守法,遵守学校、医院及各科室的各项规章制度,完成实习/见习任务。  学生签名： 年 月 日 |
| 学校意见（如能出具学校实习介绍信，则本栏可不盖章） | 学校公章（学院公章）： 日期： |
| **请仔细研读本填报说明** | 1、学生承诺、学校意见可在医院同意接收实习后，接收到实习录取通知书后才填写和盖章 |
| 2、个人信息至意向实习科室时长的资料请填写完整，漏项将退回重新填写实习申请； |
| 3、请填写本申请表（填完个人信息至意向实习科室时长的资料），连同学生证扫描件、身份证扫描件、实习轮转手册（如无可不发）、学校实习介绍信（如未有可不发）发送电子邮件至江门市妇幼保健院科教科邮箱：jmbjykjk@163.com，邮件标题为学校+专业+学历+学习申请。 |