**附件:**

标准化病人招聘信息表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 证件类型 |  | 证件编号 |  |
| 出生年月 |  | 联系电话 |  |
| 职业 |  | 文化程度 |  |
| 身高 |  | 体重 |  |
| 通讯地址 |  |
| 工作单位 |  |
| 教育经历 | 时间 | 毕业院校及学历 |
|  |  |
| 工作经历 | 时间 | 工作内容 |
|  |  |
| 您是否听说过标准化病人？如果是，通过何种途径了解？ |  |
| 您为什么对标准化病人项目感兴趣？ |  |
| 您是否因健康问题或疾病而正在接受治疗？请举例 |  |
| 您是否允许医学生对您进行无创的体格检查? |  |
| 您哪些时间可用于接受培训或参与考核？ |  |

有兴趣参加培训的朋友，请填写表格并发送至邮箱doctorliuyuan@163.com报名.