附件1 **内蒙古自治区人民医院**

**标准化病人招募信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  | | 近期小二寸  彩色照片 |
| 出生年月 |  | 学历 |  | 当 前 或  既往职业 | |  | |
| 健康状况 |  | 既往疾病史 | |  | | | |
| 当前（既往）工作单位 |  | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | |
| 本人联系  方式 |  | | | | 家属姓名联系方式 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | |

地址：呼和浩特市赛罕区昭乌达路20号内蒙古自治区人民医院门诊楼1225室

联系人：郭老师 赵老师 邮箱：[nmyy1225@126.com](mailto:nmyy1225@126.com)