**中山七院标准化病人（SP）申请表**

**编号:（工作人员填写） 日期:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性　　别 |  | 年　　龄 | |  | 一寸免冠照片 |
| 民 族 |  | 身份证号 |  | | | |
| 紧急联系人及电话 |  | | 本人电话 | |  | |
| 工作状态 | 在岗□/ 退休□ / 在读□（见习生/实习生/研究生） /  其他□： | | | | | |
| 最高学历 | 高中 □ / 专科 □ / 本科及以上□ / 其他□ | | | | | | |
| 语言 | 普通话□ / 方言 □ / 英语□ / 其他□ | | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | |
| 既往病史 |  | | | | | | |
| 个人简介（有无表演经历、担任教师或医学背景） |  | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

**备注：**请您认真填写此表；联系人要确保在紧急情况下可以准确及时联系。

如有疑问，请联系教育处临床能力培训中心周老师、刘老师：81206260、81206277。