**河南省人民医院标准化病人（SP）报名表**

**编号:（工作人员填写） 日期:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性　　别 |  | 年　　龄 |  | 一寸免冠近照 |
| 民 族 |  | 出生日期 |  |
|  身份证号 |   |
| 本人联系电话 |  | 常用电子邮箱 |  |
| 工作状态 | 在岗 □ / 退休 □ / 在读 □ / 其他□ |
| 学 历 | 高中 □ / 专科 □ / 本科及以上□ / 其他□ |
| 语 言 | 普通话□ / 方言 □ / 英语□ / 其他□ |
| 健康状况 |  |
|  既往病史 |  |
|  有无表演经历 |  |
| 户口所在地 |  |
| 居住地详细地址 |  |
| 紧急联系人 |  | 与本人关系 |  | 联系电话 |  |
| 备 注 |  |

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，如有不明事宜，请联系工作人员。