附件:

吉林大学第二医院标准化病人（SP）申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 住址 |  |
| 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 当前或既往职业 |  |
| 文化程度 | □小学 | □初中 | □高中 | □大学 | □研究生及以上 |
| 您是否是中华人民共和国公民 | □是 | □否 |
| 出生日期 |  | 民族 |  |
| 身高 |  | 体重 |  |
| 您是否吸烟 | □是 | □否 | □曾经 |  |
| 您是否饮酒 | □是 | □否 |  |
| 如果是，饮酒量 | □偶尔 | □少量 | □一般 | □酗酒 |  |
| 您是否听说过标准化病人 | □是 | □否 |  |
| 如果是，通过何种途径了解 |  |
| 您是否当过标准化病人 | □是 | □否 |  |
| 如果是，何时在哪里当过 |  |
| 您为什么对标准化病人感兴趣 |
|  |
| 您目前是否因健康问题或疾病正在接受治疗，请具体列举 |
|  |
| 您是否有任何创伤或医疗情况，能够增强或妨碍您表演特定病人角色的能力，请具体说明 |
|  |
| 您是否有纹身或者穿环 | □是 | □否 |  |
| 您过去到医院的就诊经历包括 | □门诊 | □住院 | □手术 |
| 就诊的医院包括 |  |
| □社区（县级）卫生机构 | □区级医院 | □省市级医院 |
| 您是否允许受训者对您进行无创的体格检查 | □是 | □否 |
| 您是否介意培训过程被录像以用于教学活动 | □是 | □否 |
| 您哪些时间段可以用于接收培训或测试 |
|  |
| 本校学生中是否有您的亲属或密友 | □是 | □否 |
| 我申明在本招聘申请表中所填写的所有信息都是真实的，并且是按我的知识所能够填写的最完整的。我理解校方会核查我所填写的信息。 |
| 签名： |  |
| 日期： |  |

请将本申请表送到以下地址，并注明“应聘标准化病人”

地址：吉林省长春市南关区平治街218号吉林大学第二医院7号楼教学工作办公室

或发送至邮箱:jdeysp@126.com