附件1：

**江西中医药大学标准化病人（SP）报名申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
|  |  | | |
| 您以前是否当过标准化病人? 如果是，在哪里从事过标准化病人? | |  | | |
| 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 | |  | | |
| 您哪些时间可用于接受培训或参与考核？ | |  | | |
| 您是否允许医学生对您进行无创伤且不涉及隐私部位的体格检查? | |  | | |
| 本校学生里是否有您的亲属? | |  | | |