2023年住院医师规范化培训学员报名表(单位人)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | | 性别 | |  | | 年龄 | | |  | 插入电子照片 | | | |
| 籍贯 |  | | | | | 民族 | |  | | 婚姻  状况 | | |  |
| 政治  面貌 |  | | | | | 健康  状况 | |  | | 特长  爱好 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | | |
| 联系方式 | 手机号码 | | |  | | | | 电子邮箱 |  | | | | | QQ号码 | | |  |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 报考专业 | 一、 | | | | | | 二、 | | | | | 三、 | | 服从调剂 | | | 是□ 否□ |
| 毕业学校 |  | | | | | | | 毕业时间 | | |  | | | 应届/往届 | | |  |
| 毕业专业 |  | | | | | | | 学 制 | |  | | | | 学 历 | | |  |
| 学 位 |  | | | | | | | 学位类型 | |  | | | | 外语等级 | | | 语 级 |
| 是否取得  医师资格证 |  | | | | | | | 是否注册  医师执业证 | |  | | | | 计算机等级 | | |  |
| 学习/工作期所受奖励 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学习及培训、工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年月日至年月日 | | | 单位名称 | | | | | | | 身份 | | | | 证明人 | 联系电话 | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | |  |  | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | |  |  | | |
| 主要  联络人员 | | 姓名 | | | 关系 | | | | | 联系地址 | | | | | | 联系电话 | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |  | |
| 学员  承诺 | | 本人志愿参加住院医师规范化培训，并遵守医院各项规章制度。    签名 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委托  单位  意见 | | 负责人签名  （ 单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 培训  基地  意见 | | 负责人签名  （ 单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

附件：身份证、毕业证、学位证、执业医师证、医师资格证等相关的复印件一份。