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。