**附件**

**广安市人民医院住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 年龄 | |  | 政治面貌 | |  | |  | |
| 性别 |  | | | 籍贯 | |  | 婚姻状况 | |  | |
| 民族 |  | | | 健康状况 | |  | 既往病史 | |  | |
| 特长 |  | | | 体重 | |  | 身高（cm） | |  | |
| 英语级别 |  | | | 学历 | |  | 是否应届 | |  | |
| 所学专业 |  | | | 学位 | |  | 是否取得执业医师资格证 | |  | |
| 手机号码 |  | | | | | QQ |  | | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | 毕业时间 | |  | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | 是否委培 | |  | |
| 执业医师资格证书编码 | | |  | | | | | | 委培单位 | |  | |
| 培训志愿 | 第一 | |  | | | 第二 |  | | 第三 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | 紧急联系电话 | |  | |
| 主要  家庭成员  手机号码  （父、母和配偶） |  | | | | | 主要  家庭成员  居住地址  （父、母和配偶） | 父：  母：  配偶： | | | | | |
| 何时何地何事受过何种奖励（可加页附后） |  | | | | | | | | | | | |
| 临床轮转经历 | | | | | | | | | | | | |
| 医院名称 | | 等级 | 科室 | | 轮转起止时间 | | 工作表现 | 证明人 | | 证明人职务 | | 证明人联系电话 |
|  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 学习经历 | | | | | | | | | | | | |
| 学校名称 | | 学习起止时间 | | | | 所学专业 | 学位 | 证明人 | | 证明人职务 | | 证明人联系电话 |
|  | |  | | | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  |  |  | |  | |  |
| 申请人意见 | | 本人自愿参加住院医师规范化培训，报名信息属实、无误，并遵守培训协议和基地医院相关规定。  申请人签字： 时间： | | | | | | | | | | |

注：1.须填写父母和配偶的有效联系方式和居住地址，表内地址须明确至街道小区－栋－楼－门牌号。

2.学习经历需从高中填起。

3.此表进入档案，请务必如实认真填写，切勿填写错误或遗漏。