**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。