**江苏省肿瘤医院**

**附件：**

**住院医师规范化培训学员报名申请表**

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  | 英 语水 平 |  |
| 手机号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 最 高学 历 |  | 最 高学 位 |  |
| **申请培训专业** | □放射肿瘤科 □外科—胸心外科方向 □耳鼻咽喉科 □麻醉科 □放射科 □超声医学科 □临床病理科 |
| **高****等****教****育****经****历** | 起止年月 | 毕业院校 | 专业 | 学历 | 学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **工****作****经****历** | 起止年月 | 工作单位 | 科室 | 获奖与社会工作 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 是否取得执业医师资格 | □是 □否 |
| 本人承诺以上信息真实可靠。 签字： 日期： |
| **委****培****学****员****填****写** | 选送单位 |  | 医院等级 |  |
| 单位地址 |  | 单位联系人 |  |
| 联系人电话 |  | 是否递交委培公函 |  |
| 单位意见： 盖章： 日期： |