**附件1：** **哈尔滨医科大学附属第一医院住院医师规范化培训申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 正面免冠近期2寸彩色照片 |
| 出 生 年 月 |  | 年龄 |  | 语种 |  |
| 英语水平 | 四级（ ）、 六级（ ）  | 最后学历毕业情况 | 毕业学校：毕业时间： 年 月 毕业专业：学位：学位类型： |
| 最后学历 |  |
| 硕士学位类型 | 1.专业学位 2.科学学位3.七年制 | 博士学位类型 | 1.专业学位 2.科学学位3.八年制 | 身份类型 | 1.单位人 2.社会人 |
| 申报培训医院 |  | 申报专业 |  |
| 派出工作单位 |  | 原所在科室 |  | 政治面貌 |  |
| 本人简历（要求严格按照毕业证书和学位证书原件标注的专业进行填写）： |
| 大学本科毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 毕业证书专业 |  | 学位证书专业 |  |
| 毕业证书编号 |  | 学位证书编号 |  |
| 硕士研究生毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 毕业证书专业 |  | 学位证书专业 |  |
| 毕业证书编号 |  | 学位证书编号 |  |
| 博士研究生毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 毕业证书专业 |  | 学位证书专业 |  |
| 毕业证书编号 |  | 学位证书编号 |  |
| 是否获得执业医师资格 | 否（）、 是（）：执业类别： 执业医师资格证号： |
| 家庭成员 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 与本人关系 | 在何单位做何工作 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 身份证号 |  | 邮 箱 |  |
| 联系电话 | 手机： 家庭电话： 家庭地址： |
| 委派单位意见 | 院长签字： 单位公章 |
| 培训基地意见 |     基地负责人意见：单位公章 |