**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 | | | | | | | | | | | | | |