**镇江市第一人民医院**

**社会化住院医师规范化培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | 籍 贯 |  |
| 电子邮箱 |  | 紧急联系人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 外语水平 |  |  |
| 手机号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 是否取得执业医师资格 |  | 婚姻状况 |  |
| **申请类别** | 培训阶段 | □住院医师阶段  | 是否服从调配 |  |
| 申请培训专业 |  |
| **高等教育经历** | 起止年月 | 毕业院校 | 专业 | 毕业后学历学位 | 获奖与社会工作 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **工作经历** | 起止年月 | 工作单位 | 科室 | 获奖与社会工作 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注 | 提交申请表时请提供报名材料（具体材料见招生简章）**地址：镇江市电力路8号 镇江市第一人民医院教育科研管理办公室 邮编 212002** |