成都市第三人民医院

本院医师进入专科医师规培申请表

|  |
| --- |
| **申请培训专业： （注意正确填写专业基地名称）** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 到院时间 |  | 工 号 |  | 所在科室 |  |
| 最高学历 |  | 技术职称 |  | 职称资格通过时间 |  |
| 是否住培结业 |  | 住培结业年份 |  | 住培培训基地 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 本人承诺：以上填报信息均为真实信息，非全科定向生。如有作假，后果自负。 承诺人： （本人手写正楷签名）  年 月 日 |
| 所在科室意见 | 科室主任签字：  年 月 日 |
| 组织人事部意见 | 审核人： （部门盖章）  年 月 日 |

科学研究与教育培训管理部 制