附件1

山西省2021年度住院医师规范化培训调剂申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学员编号 |  | | | | 姓名 | | |  | | | | |  | |
| 性别 |  | | | | 政治面貌 | | |  | | | | |
| 出生年月 |  | | | | 身份证号 | | |  | | | | |
| 民族 |  | | | | 英语水平 | | |  | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 |  | | | | 学制 | | |  | | | 学历证书号 | |  | |
| 最高学位 |  | | | | 学位类型 | | |  | | | 学位证书号 | |  | |
| 手机 |  | | | | 紧急联系人电话 | | |  | | | 邮箱 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | 邮编 | |  | |
| 是否执业医师 |  | 专业 |  | | | 类别 | | | |  | 医师资格证书号 | |  | |
| 志愿报考情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 志愿 | 报考培训基地 | | | | | | 报考培训专业 | | | | | 考试成绩 | | |
| 第一志愿 |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| 第二志愿 |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| 申请调剂基地 |  | | | 申请调剂专业 | | | | |  | | 申请调剂专业代码 | | |  |
| |  |  | | --- | --- | | 申请人签字： 委派单位意见： 负责人签字： 盖章                年    月    日 | 市卫生健康行政部门意见（委直属单位此项不填）：  盖章               年    月    日 | | 培训基地意见： 同意录取,纳入培训年限第  年( □ 直接参加考试) 负责人签字： 盖章              年    月    日 | 审核单位意见： 人员信息审核： 培训年限审核：  年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | 正式录取培训基地名称： | | 培训基地联系人：                             联系电话： | | 委派单位单位联系人：                            联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | |