附件

**2021年成都市第二人民医院住院医师**

**规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | 照片 | |
| 出生年月 | |  | | 民 族 |  | |
| 身份证号 | |  | | 政治面貌 |  | |
| 婚姻状况 | |  | | 身 高 |  | |
| 英语等级 | |  | | 计算机等级 |  | |
| 毕业学校 | |  | | 毕业专业 |  | | 毕业时间 | 年 月 |
| 学 历 | |  | | 学 位 |  | | 学位类型  （硕博士填写） | 🞏专业型 🞏学术型 |
| 医师资格证 | | 🞏有 🞏无 | | 资格证编号 |  | | | |
| 报考身份类型 | | 🞏委培生 🞏社会生 | | 送培单位  （委培生填写） |  | | | |
| 手机号码 | |  | | 电子邮箱 |  | | | |
| 邮 编 | |  | | 通讯地址 |  | | | |
| 论文及学术  科研情况 | |  | | | | | | |
| 获奖情况 | |  | | | | | | |
| 有何特长  （以证书为准） | |  | | | | | | |
| 学习及工作经历（包括本科以上学习、临床轮训经历） | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 学校或医院名称 | | | 专 业 | | 学习形式/任职 |
| 年 月- 年 月 | | |  | | |  | |  |
| 年 月- 年 月 | | |  | | |  | |  |
| 年 月- 年 月 | | |  | | |  | |  |
| 申  请  人  意  见 | 本人自愿以培训学员身份参加成都市第二人民医院住院医师规范化培训。  申请人签字  年 月 日 | | | | | | | |