附件1：

**2017年住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | 出生日期 |  | 一寸  彩色  近照 |
| 学 历 | |  | 学 位 | |  | | 民 族 |  |
| 毕业院校 | |  | | | | | 毕业时间 |  |
| 专 业 | |  | 英语水平 | |  | | 健康状况 |  |
| 政治面貌 | |  | 婚姻状况 | |  | | 家庭住址 |  | |
| 是否应届毕业生 | | | □是 □ 否 | | | | 身份证号 |  | |
| 本人联系  方式 | | 联系电话： 电子邮箱： | | | | | | | |
| 家庭联系  方式 | | 联 系 人： 联系电话： | | | | | | | |
| 医师资格证 | | □有 □无 | | 医师资格证书号 | | |  | | |
| 志愿 | | 基地名称 | | | | 培训专业 | | | |
|  | | | |  | | | |
| 是否服从调配 | | | | | | □是 □ 否 | | | |
| 是否有  委派单位 | 否 □ | |  | | | | | | |
| 是 □ | | 工作单位 | | |  | | | |
| 经本单位研究，同意 同志要求参加2017年住院医师规范化培训。  （盖章）  单位负责人： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 个人申明：  1.本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。  2.本人承诺只报考宁夏回族自治区人民医院1家住培基地、1个培训专业，如发现报考2家以上住培基地或培训专业，取消本人参加2017年住院医师规范化培训资格  本人亲笔签名： 填表日期： | | | | | | | | | |