附件1：

2018**年住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生日期 |  | 寸色照  一彩近 |
| 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2018年住院医师规范化培训。  （盖章）  单位负责人： 年 月 曰 | | | | | | |
| 个人申明：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。  本人亲笔签名； 填表日期： | | | | | | | |