附件2：

**宁夏回族自治区住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |  |
| 民族 |  | 婚姻状况 |  | 健康状况 |  |
| 手机号码 |  | 政治面貌 |  | 邮箱 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | | | |
| 生源地 |  | 户口  所在地 |  | | | |
| 报考情况 | 报考专业 |  | | 专业代码 |  | 是否服从调剂 |  |
| 志愿 | 第一志愿 | 培训基地 |  | | 培训专业 |  |
| 第二志愿 | 培训基地 |  | | 培训专业 |  |
| 人员类型 |  | 是否为农村订单定向 | |  | 往届生/应届生 |  |
| 教育情况 | 最高学历 |  | 学位 |  | 学位类型 |  | |
| 毕业时间 |  | 学制 |  | 毕业学校 |  | |
| 毕业专业 |  | 外语等级考试类型 | |  | 外语等级考试证书编号 |  |
| 毕业证书编号 |  | | | 学位证书编号 |  | |
| 是否获得医师  资格证书 | |  | 医师资格证书  编码 | |  | |
| 医师资格级别 | |  | 医师资格类别 | |  | |
| 工作情况 | 工作时间 | | 工作单位名称 | | | 科室 | 职称 |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
| 本人符合自主培训人员的相关要求，自愿以自主培训人员身份参加宁夏回族自治区住院医师规范化培训，保证按规定完成培训。本人保证以上信息客观、真实并承担由此引起的相关责任。 | | | | | | | |
| 申请人员签名 | |  | | | | | |
| 外单位委托  培养人员 | | 委培单位意见  负责人签章 | | | 培训基地审核意见  负责人签章 | | |
| 备注：1.外单位委托培养人员是否服从调剂，如选择“否”，即不服从调剂，如未被所报志愿录取则不再进行调剂，视为委培单位未按规定送出培训。  2.申请人员须仔细核对此表后签字确认，一旦确认不得修改。 | | | | | | | |