

2019 年度汕头市中心医院住院医师规范化培训学员报名表

| | | | | | | | |
|--|---|-------|-----------|--|--------------|---|----------------------|
| 报考专业 | 1、 | 2、 | 3、 | 应届生 <input type="checkbox"/> 往届生 <input type="checkbox"/> | | | |
| 报考类别 | 单位学员 <input type="checkbox"/> 社会学员 <input type="checkbox"/> 委托培养 <input type="checkbox"/> （工作单位：_____） | | | 临床工作经历：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 临床培训经历：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> | | | |
| 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 最高学历 | 照片 粘 贴 (一寸) |
| 身份证号 | | 民族 | | 籍贯 | | 政治面貌 | |
| 现居住地址 | | 健康状况 | | 特长 | | 婚姻状况 | |
| 手机号码 | | 计算机等级 | | 英语等级 | | 执业资格证：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 执业类别：临床 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> | |
| 联系方式 | E-mail: _____ | | QQ: _____ | | 证书编号：（_____） | | |
| 本科学历 | 院校 | | 专业 | | 院校批次 (√) | 第一批 () 第二批 A () B () 其他 () | |
| | 毕业时间 | 年 月 | 实习单位 | | | | |
| 研究生学历 | 院校 | | 专业 | | 类别 | 专业型 <input type="checkbox"/> 科学型 <input type="checkbox"/> | |
| | 毕业时间 | 年 月 | 实习单位 | | 导师姓名 | | |
| 临床工作或培训经历 | | | | | | | |
| 本人保证所提交信息的真实性和准确性，与广东省住院医师规范化培训管理平台报送信息一致，并能提供相关信息的佐证材料。如有失实或有误所导致的后果和责任由本人负责承担。 | | | | | | | |
| 本人签名：_____ 年 月 日 | | | | | | | |

注：打印用黑水笔填写，粘贴一寸免冠彩照，扫描。