德州市人民医院住院医师规范化培训学员报名申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **照片**  （一寸免冠红底  彩色照片） |
| **民族** |  | **出生年月** |  |
| **政治面貌** |  | **所学专业** |  |
| **学　历** |  | **学　位** |  |
| **毕业时间** |  | **毕业学校** |  | |
| **手机号码** |  | **身份证号** |  | |
| **家庭住址** |  | | | |
| **是否已经取得**  **医师资格证书** | **□是 □否** | **资格证号** |  | |
| **是否注册** | **□是 □否** | **注册专业** |  | |
| **申请培训专业** | |  | | |
| **现工作单位** |  | | **现从事专业** |  |
| **学习工作**  **经历**  **（大学起）** | **起止年月** | **在何单位学习和工作** | | **科别/专业** |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **单位意见**  **（章）** |  | | | |

备注：社会化学员无需填写单位意见。