**四川省医学科学院·四川省人民医院2019年度专科医师规范化培训报名表（社会人）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 出生日期 | |  | | 一寸彩色近照 | |
| 政治面貌 |  | | 民 族 |  | | 婚姻状况 | |  | |
| 健康状况 |  | | 既往病史 |  | | 有何特长 | |  | |
| 英语水平 |  | | 身份证号 |  | | | | | |
| 最高学历 |  | | 毕业学校及专业 |  | | | | 毕业时间 | |  |
| 所获最高学位 |  | | 获得学校及专业 |  | | | | 获得时间 | |  |
| 医师资格证 | 有□ 无□ | | 发证日期 |  | | | 医师执业证 执业范围 | （有则填写） | | |
| 住培合格证 | 有□ 无□ | | 住培专业 |  | | | | 结业时间 | |  |
| 中级职称证 | 有□ 无□ | | 专业类别 |  | | | | 发证日期 | |  |
| 报考培训专业 | 志愿一： 志愿二: | | | | | | | | | |
| 本人联系方式 | 籍贯： 联系电话: E-mail: | | | | | | | | | |
| 家庭联系方式 | 联系人姓名: 联系电话: 家庭住址: | | | | | | | | | |
| 履历（包括高中以上学习及工作/培训经历） | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 学习及工作/培训单位 | | | 身份/岗位、职务 | | | | 离开方式 | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
| 何时何地因何种原因 受过何种奖励或惩罚 | |  | | | | | | | | |
| 报考学员本人承诺：所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！  报考学员亲笔签名： 填表日期： | | | | | | | | | | |
| 另请按序准备个人简历、住培合格证复印件、中级及以上专业技术职称证书复印件、医师资格证复印件、最高学历学位证书复印件、英语水平证书复印件、身份证复印件。 | | | | | | | | | | |

备注：以上材料请于现场资格审核时提交。