|  |
| --- |
| **四川省医学科学院·四川省人民医院 2019级专科医师规范化培训学员基本情况登记表** |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 民族 | 　 | 正面免冠彩色照片（1寸） |
| 出生年月 |  年 月 | 身份证号 | 　 |
| 政治面貌 | 　 | 籍贯 |  省 市/县 | 联系电话 | 　 |
| 婚姻状况 | 　 | 健康状况 | 　 | 邮箱 | 　 |
| 家庭住址 | 　 | 家庭电话 | 　 |
| 最高学历 | 　 | 最高学位 | 　 | 毕业专业 | 　 |
| 毕业学校 | 　 | 毕业时间 | 　 | 毕业证书编号 | 　 |
| 英语水平 | 　 | 是否委培 |  是  | 委培医院 | 四川省医学科学院·四川省人民医院 |
| 医师资格证书发证时间 | 　 | 医师资格 证书编号 | 　 | 医师执业证书 执业范围 | （如有，请填写） |
| 住院医师 规培基地 | 　 | 住院医师 规培专业 | 　 | 住院医师 规培毕业时间 | 　 |
| 中级资格证 |  有 无 | 中级资格证专业 |  | 中级资格证 发证时间 | 　 | 中级资格聘用时间 | 　 |
| 专科规培专业 | 　 | 专科规培时间（起止） |  2019年8月～2021年7月 |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 关系 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 教育情况 （高中以上） | 起止时间（具体到月） | 毕业学校 | 专业 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 工作及培训 情况  | 起止时间（具体到月） | 工作/培训单位名称 | 职务/培训内容 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 何时何地受何种奖励或处分 | 　 |
| 以上信息属实。 | 科室意见：  | 专业基地意见： |
|
| 填表人（签名）： | 科室主任（签名）： | 专业基地（主任）签名： |
| 备注：本院职工专科规培专业须与其所在科室对应学科保持一致。 |  |  |  |