|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。 | | | | | |  |  |  |