**附件1：**

**2019年惠州市中心人民医院住院医师规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | |  | | | 性  别 | |  | | | | | 一寸免冠近照 |
| 年  龄 | |  | | | 民  族 | |  | | | | |
| 籍  贯 | |  | | | 婚姻状况 | |  | | | | |
| 政治面貌 | |  | | | 身  高 | |  | | | | |
| 健康状况 | |  | | | 既往病史 | |  | | | | |
| 学  历 | |  | | | 学  位 | |  | | | 所学专业 | |  |
| 外语等级 | | 语   级 | | | 医师资格证 | | 有/无 | | | 医师执业证 | | 有/无 |
| 培训志愿 | | 第一志愿： | | | | | **是否服从调剂** | | | 是   /    否 | | |
| 第二志愿： | | | | |
| 第三志愿： | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | 毕业时间 | |  | | 是否应届 | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | 身份证号 | |  | | | |
| 联系方式 | | 手  机 | | |  | | | | 邮  编 | |  | |
| 电子邮箱 | | |  | | | | 其它方式 | |  | |
| 学习/工作期间所受奖励 | |  | | | | | | | | | | |
| 学习及工作经历（包括本科及以后的学习经历、临床轮训经历、往届毕业生毕业前后经历） | | | | | | | | | | | | |
| 年月日至年月日 | | | 单位名称 | | | 身份 | | 证明人 | | | 联系方式 | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | |
| 主要 联络人员 | 姓名 | | | 关系 | | 工作单位 | | | | | 联系方式 | |
|  | | |  | |  | | | | |  | |
| 申请人  意见 | 本人自愿参加住院医师规范化培训，并遵守培训协议和基地相关规则制度。    手写签名：     年   月    日 | | | | | | | | | | | |
| 单位意见（单位人） | 签名（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |