|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中山大学孙逸仙纪念医院2019年住院医师规范化培训学员报名表** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 填表日期： | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | 出生年月 | |  | | 婚姻状况 | |  | （照片） |
| 民族 | |  | | 政治面貌 | | |  | | 出生地 | |  | | 参加工作时间 | |  |
| 最高学历情况 | 学历 |  | | 专业 | | |  | | | | 毕业时间 | |  | | |
| 学位 |  | | 毕业学校 | | |  | | | | 学习形式 | | □全日制 □非全日制 | | |
| □临床型 □科研型 | | |
| 报考类别 | | □社会学员 | | | | | 计算机能力 | |  | | 外语能力 | |  | | |
| 执业资格证 | | □有（执业类别： 资格证编号： ） □无 | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术任职资格 | |  | | | 资格时间 | | |  | | | | 发证单位 | |  | | |
| 培训专业  志愿 | | 第一志愿： | | |  | | | 儿科、全科、  妇产科,麻醉科 | | 联系方式 | | E-MAIL（常用）： | | | | |
| 第二志愿： | | |  | | | 手机： QQ号： | | | | |
| 熟悉何种专业技术及有何种专长 | |  | | | | | | | | | | 身份证号码: | | | | |
| 通讯地址及邮编 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 现工作单位 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 学习经历  （本科填起） | | | 填写学习起始时间，毕业学校，学历学位，专业，学习形式（从本科填起） | | | | | | | | | | | | | |
| 工作经历  （临床工作） | | | 填写工作起始时间，单位，专业，岗位，具体负责的工作 | | | | | | | | | | | | | |
| 推荐（自荐）理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 其他情况说明 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 是否服从培训专业调配 □是； □否 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明以上内容属实，如有虚假，本人愿意承担由此引发的一切后果。**  **申请人签名：** | | | | | | | | | | | | | | | | |