|  |
| --- |
| **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：**  |