|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 健康状况 |  | CET级别 |  | QQ |  |
| 家庭住址  |  | 电 话 |  |
| 最后毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 学 历 |  |
| 所学专业 |  | 身份证号 |  |
| 是否取得医师资格 | □是□否 | 证书编号 |  | 是否已经注 册 | □是 □否 |
| 大学及以上学习及工作经历 | 起止时间 | 单位名称 | 身份 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 发表论文科研情况 |  |
| 主要社会关系 | 姓 名 | 关 系 | 工 作 单 位 | 联 系 方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 拟培训专业 |  | 拟培训院区 |  | 是否同意调剂 |  |
| 个人承诺 | 本人自愿按照国家规定的培训内容和标准参加住院医师规范化培训，培训期间遵守医院各项规章制度，承诺按照要求完成轮转计划，不中途退培。 签字： 年 月 日 |

 **河 南 科 技 大 学 第 一 附 属 医 院**

 **2019年住院医师规范化培训报名表（社会人员）**