附件2

**青岛市中医医院住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 一寸免冠近照 |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 所学专业 |  |
| 最高学历毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 第一学历 |  | 第一学历所学专业 |  |
| 是否工作 |  | 工作单位 |  |
| 执业证书编号 |  | 执业范围 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| **学习经历（从高中毕业后起）** |
| **工作经历** |
| **所在单位意见（单位人填写）：**单位负责人签字： 单位公章年 月 日 |
| **资格审核情况****（基地填写）：** 是否符合报名条件（ ） 审核人： |

（请于照片处贴近期1寸彩色照片）