**2020年单位委培住院医师预报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **委培单位信息** | | | | | | | | |
| **医院名称** | | | | **医院类别** | **医院等级** | **联系人** | **联系电话** | **电子邮箱** |
|  | | | |  |  |  |  |  |
| **委培学员信息** | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **手机号** | **培训专业** | **本科毕业专业/年月** | **工作科室/年限** | **执业证注册时间/执业范围** | **硕士学位类型** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人: 联系电话： 教学管理科联系人：韦福依、苏艳秋、莫海萍； 联系电话：0776-2847094 E-mail：bssyyzpb@163.com

**填表说明：**1.此表由用人单位填报，在招收条件允许范围内，我院优先安排名额指标，用于招收单位预报名委培学员到相应专业参加住培。2.学员信息中，如已参与工作应写其工作科室及年限，如注册医师执业证，填写注册时间及执业范围，如取得硕士学位应填写“学术学位”或“专业学位”。3.学员本科教育的专业，应符合报考西医类医师执业资格证的学历条件。