

2020 年度汕头市中心医院住院医师规范化培训学员报名表

报考专业	1、	2、	3、	应届生 往届生				
报考类别	单位学员 社会学员 委托培养 （工作单位： ）			临床工作经历：有 无 临床培训经历：有 无				
姓名		性别		出生年月		最高学历		照片 粘 贴 (一寸)
身份证号		民族		籍贯		政治面貌		
现居住地址		健康状况		婚姻状况		特长		
手机号码		计算机等级		英语等级		执业资格证：是 否 执业类别：临床 口腔		
联系方式	E-mail:		QQ:		证书编号：()			
本科学历	院校		专业		院校批次	第一批 () 第二批 A () B () 其他 ()		
	毕业时间	年 月	实习单位		()			
研究生学历	院校		专业		类别	专业型 科学型		
	毕业时间	年 月	实习单位		导师姓名			
临床工作或实习/培训经历								
本人保证所提交信息的真实性和准确性，与广东省住院医师规范化培训管理平台报送信息一致，并能提供相关信息的佐证材料。如有失实或有误所导致的后果和责任由本人负责承担。								
本人签名（手写）： 年 月 日								

备注：请填写 粘贴一寸免冠照片 本人手写签名 扫描上传，否则视为无效。