附件

编号：

江西中医药大学附属医院住院医师规范化培训考生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  年 月 日 | 一寸彩色近照 |
| 身 高 |  | 体 重 |  | 民 族 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 英语水平 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 健康状况 |  | 血 型 |  | 既往病史 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  |
| 有何特长 |  | 身份证号 |  |
| 本人联系方式 | 联系电话： 电子邮箱： |
| 家庭联系方式 | 联 系 人： 联系电话： |
| 是否应届毕业生 | □是 □ 否 | 是否有执业医师证 | □有，执业范围 □无 |
| 学习和工作经历（请从高中开始 填写） | 起 止 时 间 | 所 在 学 校 或 单 位 | 学历/工作岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 何时何地因何原因受过何种奖励或惩罚 |  |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。本人亲笔签名： 填表日期： |
| 培训对象所在工作单位意见（有工作单位者填写）： 单位负责人： 年 月 日（盖章）  |
| 备注：培训对象须提供以下材料，请核对报名资料准备情况（请在方框内打“√”）：1.报名表□ 4张一寸彩照□2.毕业生就业推荐表□ 3.毕业证□、学位证□原件/□复印件 4.加盖学校公章的成绩单□原件/□复印件5.个人简历□ 6.英语等级证书或成绩单 □有/□无 7.身份证复印件□ 8.医师资格证□、执业证□原件/□复印件9.医师资格证□ 10.所在单位人事部门或人才市场开具的存档证明□（对上述资料如不详实，培训基地有权拒收） |

审核情况

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位或毕业院校意见 |  单位负责人： 单位盖章： 年 月 日  |
| 培训基地医院审核意见 | 负责人： 盖 章 年 月 日 |
| 省中医药管理局意见 |  盖 章 年 月 日 |

此报名表一式一份，考生亲笔签名，现场确认审核时需提交。