附件1

湖南省2020年度中医住院医师规范化培训申请表

（2020）年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 民 族 | |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 | |  | | | |
| 最高学历 |  | 最高学位 | |  | 学位类型 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  | |
| 学位证书编号 |  | | | （拟）从事专业 | | |  | |
| 学员身份 | □单位人  □社会人 | | 拟培训专业（选填代码）：  3500（中医）、3600（中医全科） | | | | |  |
| 工作单位 |  | | | 单位电话 | | |  | |
| 个人电话 |  | | | 电子邮箱 | | |  | |
| 是否为执业医师 |  | 执业医师证书号码 | | |  | | | |
| 培训基地：志愿1. 志愿2. 是否服从调剂（ 是、 否 ） | | | | | | | | |
| 学习简历（高中毕业后起） | | | | | | | | |
| 时间 | 所在学校 | | | 专业 | | | 学历 | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |
| 工作简历 | | | | | | | | |
| 时间 | 工作单位 | | | | | | 职称 | |
|  |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |
| 申请人签字：  选送单位初审意见：  负责人签字：  单位盖章  年 月 日 | | | | 市州卫健委/省部直单位审核意见：  盖章  年 月 日 | | | | |
| 选送单位联系人： 联系电话： | | | | | | | | |