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： |