附件1：

**聊城市中医住院医师规范化培训报名申请表（2023年）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩照 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 本科毕业院校 |  | 本科毕业时间 |  | 本科毕业专业 |  |
| 本科毕业证编码 |  | 本科学位证编码 |  |
| 最高学历毕业院校 |  | 最高学历毕业时间 |  |
| 最高学历毕业专业 |  | 学位（科学/专业） |  |
| 有无医师资格证 |  | 医师资格证编码 |  |
| 工作单位 |  | 培训专业 |  |
| 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  |
| 手机号码 |  | 邮 箱 |  |
| 工作经历 |
| 起止时间 | 医院名称 | 医院级别 | 科室 | 职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 信息确认 | 本人承诺：以上填报信息均为真实信息，如有作假，后果自负。 承诺人： 日期： |