成都市第三人民医院

本院医师进入住院医师规培申请表

|  |
| --- |
| **申请培训专业： （注意正确填写专业基地名称）** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 到院时间 |  | 工 号 |  | 所在科室 |  |
| 本科毕业院校 |  | 本科毕业专业 |  | 英语水平 | □未通过□CET4级 □CET6级 □其他  |
| 硕士研究生毕业院校 |  | 硕士研究生专业 |  | 硕士研究生类型 | □ 学术型□ 专业型 |
| 博士研究生毕业院校 |  | 博士研究生专业 |  | 博士研究生类型 | □ 学术型□ 专业型 |
| 博士研究生学制类型 | □ 普通型□ 硕博连读□ 八年制 （传统型/加强型） |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 本人承诺：以上填报信息均为真实信息，非全科定向生。如有作假，后果自负。 承诺人： （本人手写正楷签名） 日期： |
| 所在科室意见 | 科室主任签字： 日期：  |
| 组织人事部意见 | 审核人： （部门盖章） 日期：  |

科学研究与教育培训管理部 制