**广安市人民医院住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年 龄 |  | 政治面貌 |  | 免冠两寸彩色相片 |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 民 族 |  | 身 高 |  | 既往病史 |  |
| 特 长 |  | 体 重 |  | 健康状况 |  |
| 专 业 |  | 学 历 |  | 是否应届 |  |
| 英语级别 |  | 学 位 |  | 有无医师执照 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号码 |  | 邮政编码 |  |
| 培训志愿 | 第一 | 第二 | 第三 |
| 家庭住址 |  | 邮 箱 |  | QQ |  |
| 移动电话 |  | 联系人电话 |  | 固定电话 |  |
| 何时何地何事受过何种奖励（可加页附后） |  |
| 临 床 轮 转 经 历 |
| 医 院 名 称 | 等 级 | 科 室 | 轮转起止时间 | 工作表现 | 证明人 | 证明人职务 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学 习 经 历 |
| 学校名称 | 学习起止时间 | 所学专业 | 学位 | 证明人 | 证明人职务 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 申请人意见 | 本人志愿参加住院医师规范化培训，并遵守培训合同和基地医院相关规定。 申请人签字： 时间： |