附件1

2024年临沂市人民医院住院医师规范化培训报名表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 粘贴2寸彩色近期免冠照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 入党时间 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 学制 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 培训专业 |  | 现从事岗位名称 |  |
| 身份证号 |  |
| 学历证号 |  | 学位证号 |  |
| 医师执业证书编码 |  | 执业证书发证日期 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 资格证书发证日期 |  |
| 工作单位 |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作经历 | 技术任职资格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 委培单位意见 | 单位公章          年  月 日 |
| 培训基地意见 | 单位公章          年  月 日 |

注：“委培单位意见”一栏社会化住院医师无需填写。