附件2

济南市人民医院

住院医师规范化培训社会化学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 出生日期 | 年 月 日 | | 一寸彩色  近照 |
| 学 历 |  | 学 位 | |  | | 民 族 |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | 毕业时间 |  | |
| 专 业 |  | 英语水平 | |  | | 健康状况 |  | |
| 政治面貌 |  | | | | | 婚姻状况 |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | |
| 有何特长 |  | | | | | 身份证号 |  | | |
| 联系方式 | 本人联系电话： 本人电子邮箱： | | | | | | | | |
| 毕业生 | □应届 □ 往届 | | | | | | | | |
| 执业医师证 | | | □有 □无 | | 执业范围 | | |  | |
| 培训志愿 | □内科 □外科 □急诊科 □全科 □放射科 | | | | | | | | |

个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。

本人亲笔签名： 填表日期：