附件2

2024年度淄博市中医医院中医医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 二寸免冠近照  （电子版材料请插入电子照片、纸质版材料请粘贴照片） | |
| 出生日期 |  | 民族 |  | |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | |
| 身份证号 |  | | | |
| 学历 |  | 学位 |  | |
| 毕业院校 |  | 专业 |  | |
| 是否应届毕业生 |  | 毕业时间 |  | | | |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 身份来源 | □单位人 □社会人 | 派出单位 | |  | | |
| 医师资格证 | □有 □无 | 医师资格证书号 | |  | | |
| 执业医师资格证 | □有 □无 | 执业医师资格证书号 | |  | | |
| 基地名称 | 淄博市中医医院 | 培训专业 | | □中医 □中医全科 □中医儿科 | | |
| 是否选择  协同基地 | □是 □否 | 协同基地名称 | | □淄博市中西医结合医院  □莒县中医医院 | |  |
| 是否服从调剂 | □是 □否 | | | | |  |
| 学习经历（从高中写起）： | | | | | | |
| 工作经历： | | | | | | |
| 所在单位意见（单位委培人员填写）：  单位负责人签字： 单位公章：  年 月 日 | | | | | | |
| 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。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 注：本表正反面打印。 | | | | | | |