附件1

中医住院医师规范化培训报名表（2023）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | 出生日期 | | |  | | | | 贴  两  寸  彩  照 | | |
| 性 别 | |  | | | | | 籍 贯 | | |  | | | |
| 民 族 | |  | | | | | 身 高 | | |  | | | |
| 健康状况 | |  | | | | | 既往病史 | | |  | | | |
| 政治面貌 | |  | | | | | 婚姻状况 | | |  | | | | 英语等级 | |  |
| 是否  应届生 | | □是 □否 | | | | | 学 历 | | |  | | | | 学 位 | |  |
| 毕业学校 | |  | | | | | 所学专业 | | |  | | | | 毕业时间 | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | 医师资格证 | | □有 □无 |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | | | | | | | | 学员类型 | |  |
| 培训科别志愿 第一： 第二： 第三： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生源地： | | | | | | | | | 单位（委培学员填写）： | | | | | | | |
| 家庭住址： 家庭电话： 邮编： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人联系方式 | | 手 机 | | |  | | | | | | 通讯  地址 | | | |  | |
| E-mail | | |  | | | | | | 其它  方式 | | | |  | |
| 工 作（实习） 经 历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 临床工作起止时间 | 时间长度 | | 医 院  名 称 | | | 医 院级 别 | | 科 室 | | 职 务 | | 证明人 | | | 证明人  现任何职 | 证明人  联系电话 |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 参加住院医师培训最大的几点愿望 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 参加住院医师培训最大的几点顾虑 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 履历（包括小学以上学历） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 至 年 月 日 | | | | 何学校(单位) | | | | | | | | | 何种学历(职业、职务) | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| 申请人意见 | | | | 自愿以“培训学员”身份参加四川省第二中医医院中医住院医师规范化培训，服从医院安排。  **申请人签字**  **年** **月** **日** | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见（委培学员填写） | | | | **签名（盖章）**  **年** **月** **日** | | | | | | | | | | | | |

填表说明：工作（实习）经历中已工作者，二者均要填写，尚未参加工作者，需将所实习的科室如实填写。