附件：**达州市中西医结合医院中医住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 贴一寸彩照 |
| **年 龄** |  | **民 族** |  |
| **籍 贯** |  | **婚姻状况** |  |
| **政治面貌** |  | **身 高** |  |
| **健康状况** |  | **既往病史** |  |
| **学 历** |  | **学 位** |  | **所学专业** |  |
| **英语等级** |  | **医师资格证** | □有 □无 | **医师资格证号** |  |
| **身份证号** |  | **学员类型** | □社会化学员 □单位委培学员 |
| **毕业学校** |  | **毕业时间** |  |
| **通讯地址** |  | **邮 编** |  |
| **联系方式** | **本人手机** |  | **电子邮箱** |  |
| **家庭联系人及关系** |  | **家庭联系人电话** |  |
| **获奖情况****（以证书为准）** |  |
| **有何特长****（以证书为准）** |  |
| **实习及工作经历** |
| **年月日至年月日** | **医院名称** | **实习/工作** | **任 职** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **申****请****人****意****见** | **自愿以“培训学员”身份参加达州市中西医结合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****（单位委培学员填写）** |  **签名（盖章）**  **年** **月** **日** |