**自贡市第一人民医院2021年住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | **性 别** |  | | | 贴  小  二  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** |  | | **毕业专业** | |  |
| **毕业学校** | |  | | **是否单位委培** |  | | **委培医院** | |  |
| **应届生/往届生** | |  | | **医师资格证** |  | | | | |
| **有何特长** | |  | | **身份证号** |  | | | | |
| **英语等级及分数** | |  | | **毕业时间** |  | | | | |
| **通讯地址** | |  | | | | | **邮 编** | |  |
| **培训专业志愿** | | **第一： 第二： 第三：** | | | | | | | |
| **联系方式** | | **手 机** | |  | | **家庭联系电话** | | | |
| **电子邮箱** | |  | | **其它联系方式** | | | |
| **获奖情况**  **（以证书为准）** | |  | | | | | | | |
| **学习及工作经历（包括本/专科及以上学习、临床轮训经历）** | | | | | | | | | |
| **年 月 至 年 月** | | | **学校或医院名称** | | | **证明人** | | | **证明人联系电话** |
|  | | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  |
| **申请人意见** | **本人自愿以住院医师规范化培训学员身份参加四川省自贡市第一人民医院住院医师规范化培训，培训专业服从医院调配。所提供的报名信息及相关资料内容完全属实，如有虚假，本人愿承担一切后果和责任。**  **申请人签字**  **年** **月** **日** | | | | | | | | |

88\*