附件2

**青岛市中医医院（市海慈医院）**

**住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 年龄 | |  | 一寸免冠  近照 |
| 最高学历 |  | | 最高学位 | |  | 所学专业 | |  |
| 最高学历毕业院校 |  | | | | | 毕业时间 | |  |
| 本科毕业时间 | |  | | 本科毕业  院校及专业 | | |  | | |
| 是否工作 | | 是∕否 | | 单位名称 | | |  | | |
| 执业证书编号 | |  | | | | 执业范围 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | | |
| 政治面貌 | | 中共党员∕共青团员∕其他 | | | | 特长爱好 | |  | |
| **学习经历（从高中毕业后起）** | | | | | | | | | |
| **工作经历** | | | | | | | | | |
| **所在单位意见（单位人填写）：**  单位负责人签字： 单位公章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **资格审核情况**  **（基地填写）：** 是否符合报名条件（ ） 审核人： | | | | | | | | | |