2020年住院医师规范化培训补允学员报名表（社会化学员）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 政治面貌 |  | 两寸免冠彩照 |
| 性别 |  | 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 民族 |  | 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 是否应届毕业 |  |
| 英语水平 |  | 计算水平 |  | 所学专业 |  |
| 有无执业医 |  | 执业证编号 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 培训专科志愿 |  |
| 家庭住址 |  | 邮编 |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 电话 |  | E-mail |  |
| 学习及工作经历（完整填写自高中至今日的学习工作经历） |
| 年月至年月 | 单位 | 简要说明事项 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 学习/工作期间所受奖励 |  |
| 是否需要医院提供宿舍 | 是（　）　否（　） |
| 申请人意见 | 本人志愿参加住院医师培训，并遵守培训协议与合同；保证上述填写事项直实可靠，如有虚假，本人愿意承担一切责任和后果。签名：　　　　　　日期： |