附件1

**2016年度烟台市中医医院中医（全科）住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓   名 |   | 性   别 |   | 出生日期 |   | 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 |   |
| 第一学历 |   | 第一学历所学专业 |   |
| 是否工作 |   | 工作单位 |   |
| 执业证书编号 |   | 执业范围 |   |
| 身份证号 |   | 联系电话 |   |
| **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： |
|   |   |   |   |   |   |   | （请于照片处贴近期1寸彩色照片 |