附件1.

**南宁市第一人民医院住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 出生日期 | |  | | 政治面貌 | | |  | | | | | | 贴  一  寸  彩  照 | |
| 性 别 | |  | | | 籍 贯 | |  | | 婚姻状况 | | |  | | | | | |
| 民 族 | |  | | | 身 高 | |  | | 体 重 | | |  | | | | | |
| 英语能力 | |  | | | 计算机能力 | |  | | 应届/往届 | | |  | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 有无执业  医师资格 | | |  | | | | | |
| 第一  学历 |  | 第一  学位 | |  | | 第一学历  毕业院校 | |  | | | 第一学历毕业专业 | |  | | 第一学历毕业时间 | | | | 年 月 |
| 最高  学历 |  | 最高  学位 | |  | | 最高学历  毕业院校 | |  | | | 最高学历毕业专业 | |  | | 最高学历毕业时间 | | | | 年 月 |
| 最高学位证书编号 | | |  | | | | | | 最高毕业证书编号 | | | |  | | | | | | |
| 执业医师资格证编号 | | |  | | | | | | 学位类型 | | | |  | | | | | | |
| 培训专业志愿 | | | 第一志愿 | | | | | | |  | | 第二志愿 | | | |  | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | 邮编 | | | |  | | 联系电话 | | | | |  | | |
| 联系方式 | | 手机 | | | |  | | | | QQ号 | | | |  | | | | | |
| E-mail | | | |  | | | | 微信号 | | | |  | | | | | |
| 履历（自大学开始） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年月日至  年月日 | | 单 位 | | | | | | | | 职务 | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 申请人  意见 | | 本人自愿参加住院医师培训，并遵守培训协议。  签名  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在学校或  单位意见 | | 签名（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |