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 |