四川省肿瘤医院

专科医师培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  | 贴照片处 |
| 籍贯 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 健康状况 |  | 身高 | cm | 体重 | kg |
| 既往病史 |  |
| 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 所学专业 |  |
| 最后毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 所获学位 |  |
| 执医许可证号 |  |
| 有何特长 |  | 英语水平 |  |
| 联系方式 | 手机 |  | QQ |  |
| E-mail |  | 其他方式 |  |
| 家庭住址 |  | 家庭电话 |  |
| 工作（规培）经历 | 临床工作起止时间 | 时间长度 | 医院名称 | 医院级别 | 科室 | 职称/职务 | 证明人 | 证明人联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备 注 | 本人承诺：所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！  报考学员签名： 日期： 年 月 日 |

四川省肿瘤医院教育培训部 制表