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