|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **广东医科大学附属医院住院医师 规范化培训招生报名表(往届和委培生)** | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 出生年月 |  | | 性 别 | | | | |  | 相片 |
| 政治面貌 |  | | 籍 贯 |  | | 民 族 | | | | |  |
| 健康状况 |  | | 婚姻状况 |  | | 英语水平 | | | | |  |
| 所学专业 |  | | 最高学历 |  | | 学 位 | | | | |  |
| 毕业学校 |  | | 毕业时间 |  | | 有何特长 | | | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | 有无医师资格证 | | | | | |  |
| 往届/委培 |  | | 委培单位 |  | | | | | | 单位电话 | |  |
| 志愿学科 | 第一: 第二: | | | | | 是否服从调剂 | | | | | |  |
| 培训医院 | □广东医科大学附属医院 □中山市陈星海医院  □广东医科大学附属第二医院 □湛江市第三人民医院 | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | 邮 编 |  |
| 联系电话 | 手机： 电话： | | | | | 电子邮箱 | | | | |  | |
| 主要履历（从大学起的学习、工作经历） | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | 单位名称 | | | | 专业/科室 | | | | 职称/职务 | | | 证明人 |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  |
| 奖罚情况(从大学起) |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员 | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 年 龄 | 与本人关系 | | 联系电话 | | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | | |
| 本人承诺以上信息属实，一经查出弄虚作假，愿意服从医院按相关规定处理。 | | | | | | | | | | | | |
| 本人签名（需手写签名）： | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |