|  |
| --- |
| **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 |