附件2：

**柳州市中医医院中医全科医师规范化培训报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | | 照片（1寸） |
| 出生年月 | |  | | 民族 | | |  | | |
| 籍贯 | |  | | 婚姻状况 | | |  | | |
| 政治面貌 | |  | | 身高 | | |  | | |
| 健康状况 | |  | | 既往病史 | | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | 英语考级 | | |  |
| 医师资格  证书编号 | |  | | | | 医师执业  证书编号 | |  | | |
| 学历 | |  | | | | 学位 | |  | | |
| 毕业学校 | |  | 毕业时间 | | |  | | 所学专业 | |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | 邮编 | | |  |
| 手机号码 | |  | | 电子邮箱 | | |  | | | |
| 工作/学习期间所受奖励 | |  | | | | | | | | |
| 工作/学习期间所受处分 | |  | | | | | | | | |
| 学习及工作经历(包括大学本科及以上学历\工作及临床轮训经历) | | | | | | | | | | |
| 时间 | 学校或医院名称 | | | | 专业 | | | | 职称 | |
|  |  | | | |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | | | |  | |
| 申请人承诺 | 本人志愿到柳州市中医医院参加中医全科医生规范化培训，遵守政府关于“全科医生规范化培训的相关管理规定”和培训基地管理制度及培训协议条例。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 申请人所在单位或学校推荐意见 | 签名（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 培训基地  意见 | 柳州市中医医院（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |