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 |