附件2：

**武汉爱尔眼科医院（协武汉爱尔眼科医院汉口医院）**

**2017年住院医师规范化培训预报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |  照片（1寸） |
| 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 报名类型 |  单位人□ 单位人（委培）□ 社会人□ |
| 毕业学校 |  |  毕业时间 |  |  学历 |  |
| 学位(全称) |  |  所学专业 |  |  |
| 硕士类别  |  临床型□ 科研型□ | 专业 |  |
| 博士类别 |  临床型□ 科研型□ | 专业 |  |
|  工作单位 |  |  工作单位 入职时间 |  |  从事临 床专业 |  |
|  现有专业职称 |  |  获专业职称时间 |  |
|  医师资格证编号 |  | 取得资格证时间 |  |
|  医师执业证编号 |  | 执业地点 |  | 执业范围 |  |
|  学习经历 (从本科起) |  |
| 工作经历 |  |
| 本人保证以上填写内容属实，否则以虚假报名取消本次录取机会。 签名： |