附件1

2017年福建省中医住院医师规范化培训

结业考核报名表

培训基地： 培训专科：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   |  一寸照片粘贴处 |
| 出生年月 |   | 政治面貌 |   |
| 民 族 |   | 毕业院校 |   |
| 学 历 |   | 培训年限 |   |
| 手机号码 |   | 身份证号码 |   |
| 电子邮箱 |   | 医师资格证号 |   |
| 通讯地址 |   |
| 人员属性 | 单位人 □ 社会人 □研究生 □ | 工作单位（单位人填写） |   |
| 奖惩情况 |    |
|  培训基地意见（盖章） |      年 月 日 |