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 | | | |