**附件1          甘肃省住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓    名** |   | **性    别** |   | 贴二寸彩照 |
| **年    龄** |   | **民    族** |   |
| **籍    贯** |   | **户口所在地** |   |
| **政治面貌** |   | **婚姻状况** |   |
| **最后毕业学校** |   | **毕业时间** |   |
| **最高学历** |   | **最高学位** |   | **所学专业** |   |
| **医师资格证号** |  | **医师执业证号** |   |
| **工作单位** |   | **身份证号** |   |
| **培训基地志愿** | **1、** | **2、** |
| **培训专业志愿** | **1**、 | **2、** |
| **通讯地址** |  | **邮  编** |   |
| **联系方式** | **手    机** |   | **家庭联系电话** |   |
| **电子邮箱** |   | **其它联系方式** |   |
| **学习及工作经历（本科、临床培训、工作经历）** |
| **年月日至年月日** | **学校或医院名称** | **专  业** | **任职情况** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **申****请****人****意****见** | **自愿以培训学员身份参加甘肃省住院医师规范化培训，培训基地及专业服从安排。****申请人签字：****年     月     日** | **派送单位意见** | **签名（盖章）****年    月     日** |
| **卫生行政部门审核意见** | **签名（盖章）****年    月     日** | **基地招录****单位意见** | **签名（盖章）****年      月      日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：社会人员在工作单位一栏填“待业”，单位意见栏可不填，但需卫生行政部门审核。省属单位和三甲医院委派的学员可不填卫生行政部门审核意见栏。（本表一式三份）