青海省住院医师规范化培训报名表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  | **籍 贯** |  | **近期免冠照片****（小2寸，电子版）** |
| **政 治****面 貌** |  | **入党/团时间** |  | **民主党派** |  |
| **出生年月** |  | **身份证号码** |  |
| **参加工作时间** |  | **健康状况** |  |
| **工作单位** |  | **现职称** |  | **现职务** |  |
| **通讯地址** |  | **手机号码** |  |
| **学****历** | **第一学历** |  | **毕业院校及专业** |  | **毕业时间** |  |
| **最高学历** |  | **毕业院校及专业** |  | **毕业时间** |  |
| **报考培训基地名称** |  | **报考专业名称** |  |
| **主要学习经历** | **年月日至年月日** | **学校及专业** |
|  |  |
| **主要工作经历** | **年月日至年月日** | **工作单位及职务** |
|  |  |
| **所在****单位****审核****意见** |  **签 名： 盖 章： 年 月 日** |
| **上级****主管****部门****审核****意见** |  **签 名： 盖 章： 年 月 日** |
| **省卫****生计****生委****审核****意见** | **签 名： 盖 章： 年 月 日** |

**注：应、往届医学生（社会人）不填所在单位和上级主管部门意见。**