

## 2018 年度汕头市中心医院住院医师规范化培训学员报名表

姓名		最高学历 (全日制)		毕业专业	
学员类别	本单位学员 <input type="checkbox"/> 社会学员 <input type="checkbox"/> 外单位委托培养 <input type="checkbox"/>				
<b>报考信息填写栏</b>					
学员类别	报考专业基地名称				
本单位学员	1、				
社会学员	1、		2、		3、
	按志愿顺序依次录取，未能按志愿录取者，根据自愿原则调剂				
外单位 委托培养	委培协议单位全称：  委培单位意见： _____（学员姓名）为我单位在职职工，同意以委托培养学员身份 报考并参加_____（培训基地名称）_____（专业基地名称） 住院医师规范化培训，服从培训基地管理。  <div style="text-align: right;">                     单位负责人签名（公章）：                       联系人姓名：                       联系电话：                 </div>				

注：请先下载并打印空白表格（共 2 页），按要求填写（蓝黑水笔，不得缺项），扫描件发送邮箱。