**2017年珠海市中西医结合医院住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 贴一寸彩照 |
| **年 龄** |  | **民 族** |  |
| **籍 贯** |  | **婚姻状况** |  |
| **政治面貌** |  | **身 高** |  |
| **健康状况** |  | **既往病史** |  |
| **毕业学校** |  | **毕业时间** |  | **身份证号** |  |
| **最高学历** |  | **学 位** |  | **所学专业** |  |
| **英语考级** |  | **医师资格证号** |  |
| **申报医院名称** |  | **申请培训专科** |  | **是否服从调剂** |  |
| **家庭住址** |  | **邮 编** |  |
| **手机号码** |  | **电子邮箱** |  |
| **何时何地何事****受过何种奖励** |  |
| **学习及工作经历（包括大学及以上学历、临床轮训经历）** |
| **年月日至年月日** | **学校或医院名称** | **专 业** | **任 职** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **申****请****人****意****见** | **本人自愿参加住院医师培训，并遵守培训合同。** **申请人签字**  **年** **月** **日** |