**2018年广州市红十字会医院住院医师规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | |
| 学 历 | |  | | | 学 位 | | |  | | 所学专业 | | |  | | | |
| 外语等级 | | 语 级 | | | 医师资格证 | | |  | | 医师执业证 | | |  | | | |
| 培训志愿 | | 第一志愿：全科 | | | | | | **是否服从调剂** | | | | 是 / 否 | | | | |
| 第二志愿： | | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | | 毕业时间 | |  | | | 是否应届 | | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 身份证号 | | |  | | | | | |
| 联系方式 | | 手 机 | | |  | | | | | | 邮 编 | | | | |  |
| 电子邮箱 | | |  | | | | | | 其它方式 | | | | |  |
| 学习/工作期间  所受奖励 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 学习及工作经历（包括本科以上学历、临床轮训经历、往届毕业生毕业前后经历） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否已参加过其他医院住院医师规范化培训？ | | | □否 □是， （医院名称） | | | | | | | | | | | | | |
| 年月日至年月日 | | | 单位名称 | | | | 身份 | | 证明人 | | | | | 联系方式 | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |
| 主要  联络人员 | 姓名 | | | 关系 | | | 工作单位 | | | | | | | 联系方式 | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |  | | |
| 申请人  意见 | 本人自愿参加住院医师培训，并遵守培训合同。  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在学校  或  单位意见 | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |