**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 |