**附件1：2019年惠州市中心人民医院住院医师规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性  别 |  | 一寸免冠近照 |
| 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 | 有/无  | 医师执业证 | 有/无  |
| 培训志愿 | 第一志愿： | **是否服从调剂** | 是   /    否 |
| 第二志愿： |
| 第三志愿： |
| 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（包括本科及以后的学习经历、临床轮训经历、往届毕业生毕业前后经历） |
| 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规范化培训，并遵守培训协议和基地相关规则制度。                   手写签名：             年   月    日 |
| 单位意见（单位人） |  签名（盖章） 年 月 日 |