附件：

**连云港市第一人民医院**

**社会化住院/全科医师培训学员报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  基本情况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片黏贴处 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 健康状况（既往病史） |  |
| 身份证号 |  |
| 外语水平 |  | 计算机能力 |  |
| 最高学历 |  | 毕业证书编号 |  |
| 最高学位 |  | 学位证书编号 |  |
| 学位类型 | 1.学术型2.专业型 | 通讯地址 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |   | 第一联系人电话 |  |
| 报名情况 | 报考培训专业（参照招收公告中的招收专业） |  | 执业范围 |  |
| 医师资格证书取得时间 |  | 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书取得时间 |  | 医师执业证书编号 |  |
| 教育情况 | 入学日期 | 毕业日期 | 学校名称 | 专业 | 学历 | 学位 |
|  |  |  |  | 本科 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 工作情况 | 工作时间 | 单位名称 | 单位级别 | 从事岗位 | 是否办理离职手续 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个人承诺 | 1. 本人承诺以上信息真实可靠。
2. 本人自愿全程在连云港市第一人民医院接受住院医师规范化培训。

 本人签字： 年 月 日 |

 连云港市第一人民医院 科教部制表