贴两寸彩照

**成都市妇女儿童中心医院**

 **住院医师规范化培训报名表（2020）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生日期 |  | 政治面貌 |  |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  | 民 族 |  |
| 有无医师执照 |  | 资格证编号 |  | 执业证编号 |  |
| 所学专业 |  | 学 历 |  | 是否单位委培 |  |
| 毕业时间 |  | 学位（科学、专业） |  | 委培单位 |  |
| 毕业学校 |  | 身份证号 |  |
| 培训专业志愿 第一： 第二： 第三： |
| 家庭住址： 家庭电话：  |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 电话 |  |
| E-mail |  | 其它方式 |  |
| 临 床 工 作 经 历 |
| 临床工作起止时间 | 时间长度 | 医 院名 称 | 医 院级 别 | 科 室 | 职 务 | 证明人 | 证明人现任何职 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加住院医师培训最大的几点愿望 |  |
| 参加住院医师培训最大的几点顾虑 |  |
| 履历（包括高中以上学历） |
|  年月日至年月日 | 何 单 位 | 任 何 职 | 离 开 方 式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 成都地区联络人员 | 姓 名 | 关 系 | 工 作 单 位 | 联 络 方 法 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 信息确认 | 本人承诺：以上填报信息均为真实信息，原始学历为全日制本科，非专升本。如有作假，后果自负。 承诺人：（手写正楷签名） 日期： |