附件：

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（2024）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 最高学历 |  | 是否全日制 |  |
| 毕业时间 |  | 是否单位委培 |  | 委培原单位 |  |
| 毕业学校 |  | 身份证号 |  |
| 培训专业志愿第一： 第二：  |
| 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。如有作假，后果自负。承诺人： （手写正楷签名）日期： |