**附件1 桂林市第二人民医院**

**2021年住院医师规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | | | **性 别** |  | | 贴  一  寸  彩  照 | |
| **出生年月** | |  | | | | **民 族** |  | |
| **籍 贯** | |  | | | | **婚姻状况** |  | |
| **政治面貌** | |  | | | | **英语考级成绩** |  | |
| **健康状况** | |  | | | | **身高(cm)** |  | |
| **最高学历** | |  | | | | **最高学位** |  | | **所学专业** |  |
| **毕业学校** | |  | | | | | | | **毕业时间** |  |
| **医师资格证** | | **（框选）有 无** | | | | **取得时间** | **年 月** | | **证书编码** |  |
| **医师执业证** | | **（框选）有 无** | | | | **取得时间** | **年 月** | | **证书编码** |  |
| **培训专业** | |  | | | | | | |  | |
| **通讯地址** | |  | | | | | | | **邮 编** |  |
| **联系方式** | | **手机号码** | | |  | | | **电子邮箱** |  | |
| **家庭联系电话** | | |  | | | **身份证号** |  | |
| **何时何地何事**  **受过何种奖励** | |  | | | | | | | | |
| **专业特长及**  **兴趣爱好** | |  | | | | | | | | |
| **学员类型（框选数字）** | | | | **1． 单位人（含本院招收及外单位委培学员）** | | | | | | **2. 社会人** |
| **学习及工作经历（包括大学及以上学历、临床轮训经历、往届毕业生毕业后经历）** | | | | | | | | | | |
| **年月日至年月日** | | | **学校或单位名称** | | | | | | **专 业** | **任 职** |
|  | | |  | | | | | |  |  |
|  | | |  | | | | | |  |  |
|  | | |  | | | | | |  |  |
|  | | |  | | | | | |  |  |
| **申**  **请**  **人**  **意**  **见** | **本人自愿以“培训学员”身份参加住院医师规范化培训，并遵守培训协议。**  **申请人签名**  **年** **月** **日** | | | | | | | | | |
| **委培学员**  **单位意见** | **负责人签名（单位公章）**  **年** **月** **日** | | | | | | | | | |