附件1 **钦州市第二人民医院**

**住院医师规范化培训报名申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 贴近期免冠两寸彩照 |
| **出生年月** |  | **身 高** |  |
| **籍 贯** |  | **民 族** |  |
| **婚姻状况** |  | **政治面貌** |  |
| **健康状况** |  | **既往病史** |  |
| **本人手机** |  | **电子邮箱** |  |
| **家庭住址** |  | **电 话** |  | **邮 编** |  |
| **身份证号** |  | **英语考级** |  | **计算机等级** |  |
| **最高学历、学位** |  | **毕业学校** |  | **所学专业** |  |
| **是否往届毕业生** |  | **是否单位委托培训** |  | **委培单位** |  |
| **医师执业证及编号** |  | **医师资格证及编号** |  |
| **何时何地何事受过何种奖励或处分** |  |
| **学习及工作经历（包括大学本科及以上学习、工作经历）** |
| **年月至年月** | **学校或医院名称** | **专 业** | **职 称** | **证明人** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **申报培训专业志愿** | **第一志愿：** | **第二志愿：** | **第三志愿：** |
| **申请人承诺** | **本人自愿以住院医师规范化培训学员身份参加钦州市第二人民医院住院医师规范化培训，所提供的报名信息及相关资料完全属实，遵守国家有关住院医师规范化培训的管理规定，遵守与培训基地签订的培训与劳动合同以及培训安排、规章制度和劳动纪律。**  **报考学员签字 ：**  **日期： 年 月 日** |
| **承接培训****基地单位意见** |  **钦州市第二人民医院（盖章）** **日期： 年 月 日** |