**武汉儿童医院住院医师规范化培训招生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | 年 龄 | |  | | | 政 治面 貌 |  |
| 学 历 |  | | | 健康状况 | |  | 身份证号 | |  | | | | |
| 报名基地及专业 | | |  | | | | | | | | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | 专 业 |  | | | | | |
| 毕业时间 | |  | | | | | 状 态 | □ 应届毕业生 □ 往届毕业生 | | | | | |
| 是/否有医师资格证 | | | | |  | | 资格证取得时间 | | | |  | | |
| 联系电话 | | | | |  | | 通讯地址 | | | |  | | |
| **主要学习经历** | | 起 止 年 月 | | | | 学 校 名 称 | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| **主要工作经历**  **（应届毕业生可不填）** | | 起 止 年 月 | | | | 工 作 单 位 及 科 室 | | | | 职称/职务 | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
| **申请人**  **意见** | | **自愿以规培学员身份参加武汉儿童医院规范化培训。**  **申请人签字**  **\_\_ \_年** \_\_\_\_**月** **日** | | | | | | | | | | | |
| **推荐**  **单位意见** | | **签名（盖章）**  **\_ \_\_年** **月** **日**  **（应届毕业生未找到接收单位的，可不填此项。）** | | | | | | | | | | | |