**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。）** |