**附件：**

2017年湛江中心人民医院住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 政 治 面 貌 |  | 照片 |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  | 婚 姻 状 况 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  | 英语水平 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 医师执业证 | 有( )无( ) |
| 毕业学校和专业 |  | 毕 业 时 间 |  |
| 身份证号 |  | 家庭联系人 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| 培训专科志 愿 | 第一 | 第二 | 第三 |
| 委培单位 （委培医院盖章） |  | 联系电话 |  |
| 临床工作经历 |
| 医院名称 | 等级 | 科室 | 起止时间 | 工作表现 | 证明人 | 证明人职务 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学习经历（从高中开始填起） |
| 学校名称 | 学习起止时间 | 所学专业 | 学 位 | 证明人 | 证明人职务 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |