附件

**川北医学院附属医院2017年住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 |  | 纸质贴两寸彩照电子档插入彩照 |
| 性别 |  | 籍贯 |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 健康状况 |  |
| 身　　高 |  | 体　　重 |  |
| 身份证号 |  | 是否应届生 |  |
| 本科毕业院校 |  | 本科毕业专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历毕业学校 |  | 最高学历毕业专业 |  | 毕业时间 |  |
| 学位（学术型/专业型） |  | 有无医师资格证书（分数） |  | 英语水平 |  |
| 有何特长 |  | 是否服从专业调剂 |  |
| 培训专业志愿第一：　　　　　　　第二：　　　　第三： |
| 生源地省市 [县、区]  | 平均成绩 |  | 年级排名 |  | 年级总人数 |  |
| 本人联系方式 | 手机 |  | QQ号码 |  |
| E-mail |  | 其它方式 |  |
| 家庭（父母）住址：　　　　　　　　联系电话：　邮编： |
| 履历（从高中填起） |
| 起止年月 | 所在单位 | 担任何职 | 离开方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工　作经历 |
| 临床工作起止时间 | 医 院名 称 | 医 院级 别 | 所在科室（从事专业） | 职 务 | 证明人 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 南充市联络人员（如无，可不填写） | 姓 名 | 关 系 | 工作单位 | 联络方法 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 参加住院医师规范化培训希望与要求 |  |
| 参加住院医师规范化培训所存疑问及顾虑 |  |
| 信息确认（必签字确认） | 本人承诺：以上填报信息及提交资料真实有效，如有作假，本人愿承担一切后果和责任！承诺人：日　期： |