**附件1：**

**南充市中心医院**

**住院医师规范化培训报名表（2018）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 2寸照片 |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 健康状况 |  |
| 有何特长 |  | 既往病史 |  |
| 身 高 |  | 体 重 |  |
| 英语级别及分数 |  | 最高学历 |  | 社会兼职 |  |
| 所学专业 |  | 学 位 |  | 有无医师执照 |  |
| 最后毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 是否应届生 |  | 是否单位委托培训 |  | 委培医院 |  |
| 培训专业志愿 第一： 第二： 第三： |
| 是否服从专业调剂： 是 否  |
| 籍贯 省 市[县] 区 |
| 家庭住址 家庭电话 邮编 |
| 本人联系方式 | 手机 |  | E-mail |  |
| 其它方式 |  |  |  |
| 工 作（实习） 经 历 |
| 临床工作起止时间 | 医院名称 | 医院级别 | 从事工作 | 证明人 | 证明人职务 | 证明人联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 履历（包括高中以上学历） |
| 年月日-年月日 | 何 单 位 | 任 职 | 离 开 方 式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 获奖情况 |  |
| 备 注 | 报考学员本人承诺：所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！ 报考学员签名： 日 期： |

备注：相关证书、资料原件于报到时提供。