附件一

黑龙江省2017年住院医师规范化培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |   |  二寸照片 |
| 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业年份 |  |
| 学历 |  | 毕业专业 |  |
| 学位 |  | 学位类型 |  | 身份类型 |  |
| 申报培训基地 |  | 申报专业 |  |
| 工作单位 |  |
| 家庭住址 |  |
| 是否执业 |  | 执业医师资格证号 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 委派单位意见 |  院长签字：  单位公章 |
| 地市卫计委意见 |  负责人签字：  单位公章  |
| 培训基地意见 |    基地负责人签字：  单位公章 |