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 | | | | | | | |