**附件1：**

**2017年日照市中医医院中医（全科）住院医师规范化**

**培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | | |  | | 民 族 | |  | | 粘贴2寸彩色近期免冠照片 |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 | | |  | | 婚姻状况 | |  | |
| 毕业学校 |  | | 毕业时间 | | |  | | 学制 | |  | |
| 学 历 |  | | 学位 | | |  | | 所学专业 | |  | |
| 手机 |  | | | | | qq | |  | | | |
| 紧急联系人 |  | | | 与本人关系 | | | |  | | 联系方式 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | |
| 学历证号 |  | | | | 学位证号 | | | |  | | | |
| 执业证书编码 | |  | | | | | 执业证书发证日期 | | | |  | |
| 资格证书编码 | |  | | | | | 资格证书发证日期 | | | |  | |
| 培训科别（请填写序号1或2） | | 1.中医住院医师规范化培训 | | | | | 2.中医类别全科医师规范化培训 | | | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 工作经历（从高中毕业后起） |  | | | | | | | | | | | |
| 送培单位意见 | 单位负责人签字： 单位盖章：                  年  月 日 | | | | | | | | | | | |
| 培训基地意见 | （盖章 ）          年  月 日 | | | | | | | | | | | |

**说明：委托培养学员工作单位为社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院的中医临床医学专业毕业生，仅限填报中医全科。**