附件2

**2017年中医住院医师规范化培训报名表**

**拟报培训基地：**

|  |  |
| --- | --- |
| **个人基本信息** | **小2寸****照片** |
| **姓 名** |  | **性 别** |  |
| **出生日期** |  | **民 族** |  |
| **政治面貌** |  | **婚姻状况** |  |
| **健康状况** |  | **身份证号** |  |
| **户口所在地** |  | **通讯地址** |  |
| **学 历** |  | **所学专业** |  |
| **最后毕业院校** |  | **毕业时间** |  |
| **是否执业医师** |  | **证书编号** |  |
| **身份证号** |  |
| **本人联系方式** |  | **E-mail** |  |
| **紧急联系人姓名** |  | **联系人电话** |  |
| **学习经历** |
| **时间** | **所在学校** | **所学专业** | **学历** | **证书编号** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **工作经历** |
| **时间** | **工作单位** | **从事岗位** | **证明人** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **填报志愿** |
| **申报专业** |  **□中医专业** **□中医全科专业** | **是否服从调剂** |  |
| **申请人类型** |
| **社会人** | **单位人** |
| **本人签字：****年 月 日** | **委派单位意见：**我单位承诺：保证委派人员在参加中医住院医师规范化培训期间的工资和待遇。**负责人签字：****（单位公章）** **年 月 日** | **定向生单位意见：**我单位承诺：保证定向生在参加中医住院医师规范化培训期间的工资和待遇。**负责人签字：****（单位公章）** **年 月 日** |
| **市卫生计生（中医药****管理）部门****意见** |  **负责人签字： 单位公章** **年 月 日** |

**说明：此表需A4纸正反面打印，与本人身份证、毕业证、学位证书等（如有执业医师资格证书需提供）复印件一并左侧装订，一式2份。**