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。**