**附件 湛江中心人民医院2024年第二批住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期彩照（必填） |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 身高（cm） |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | 婚姻状况 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 专 业 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 医师资格证 | 有( ) 无( )已通过医师资格考试但未取得证书，考试分数为：\_\_\_\_\_\_ |
| 英语水平 |  | 职 称 |  | 医师执业证 | 有( ) 无( ) |
| 规培身份 | 社会人( )单位人( ) | 报名规培专业（第一志愿） |  | 第二志愿及其他可接受调剂专业 |  |
| 单位人所在委培单位意见(须盖章) |  | 本人身份证号及联系电话 |  |
| 教育经历（从本科填起） | 起止年月 | 学校名称及专业 | 文化程度 | 是否全日制 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 实习经历 | 起止年月 | 实习单位名称 | 实习科室/部门 | 实习岗位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位名称 | 科室/部门 | 岗位/职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专业技能 |  |
| 校内外任职、所获奖项、特长等 |  |

本人签名： 填表日期：

**说明：请如实、准确填写，报名表控制在一页内，可根据内容自行调整表格。**