**广州市妇女儿童医疗中心2016年住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 贴一寸彩照 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |   |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 医师资格证 | 有□ 无□ |
| 培训志愿 | 第一志愿： | 是否服从调剂 | 是 □ 否 □ |
| 第二志愿： |
| 英语等级 |  | 计算机水平 |  |
| 是否单位委托培养人员  | 是□ 否□ | 委托培养单位 |  |
| 联系方式 | 手 机 |  | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 |  | 其它方式 |  |
| 学习/工作期间所受奖励 |  |
| 学习及工作经历（包括本科以上学历、临床轮训经历、往届毕业生毕业前后经历） |
| 年月日至年月日 | 单位名称 | 身份 | 证明人 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请人意见 | 本人志愿参加住院医师培训，并遵守培训协议。 签名:  年 月 日 |
| 委培单位意见(仅委培学员所在单位填写) |  （盖章）  年 月 日 |