**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 | | | | | | | | | |