**附件1**

**青海大学附属医院2019年住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 | | | | | |  | | | | | | | 电子版蓝底  免冠近照 | | | |
| 性 别 |  | 籍 贯 | | | | | |  | | | | | | |
| 民 族 |  | 健康状况 | | | | | |  | | | | | | |
| 特长 |  | 身高 | | |  | | | | 体重 | | | |  | |
| 英语级别及分数 |  | 最高学历 | | | | | |  | | | | | | |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 | | | | | |  | | | | | | |
| 所学专业 |  | 学历 | | | | | |  | | | | | | 学位 | | |  | |
| 有无医师  资格证 |  | 资格证  取得时间 | | | | | |  | | | | | | 资格证  编号 | | |  | |
| 最后毕业学校 |  | | | | | | 毕业时间 | | | | | | | |  | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | 是否应届生 | | | | | | | |  | | | |
| 是否往届生 |  | 是否单位  委托培训 | | | | |  | | | 委培医院 | | | | |  | | | |
| 培训专业志愿  第一： 第二： 第三： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 (具体到门牌号) 邮编 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人联  系方式 | 手机 |  | | | | | | | | | 家庭电话 | | | | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | 其它方式 | | | | |  | | |
| 工 作（实习） 经 历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 临床工作起止时间 | 医院名称 | 医院级别 | | 科 室 | | | | 职 称 | | | | 证明人及职务 | | | | | 证明人  联系电话 |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |
| 履历（包括高中以上学历） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年月日  -年月日 | 何 单 位 | | | | | 任 何 职 | | | | | | | | | 离 开 方 式 | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| 西宁市区的  联系人员 | 姓 名 | | 关 系 | | | | | 工 作 单 位 | | | | | | | | | 联 络 方 法 | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 备 注 | 报考医师本人承诺：所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！  报考医师签名：  日 期： | | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：资格审查时提交报名表纸质版、身份证原件及复印件、学历证书原件及复印件、学位证书原件及复印件、医师资格证书原件及复印件、英语等级证书原件及复印件

附件2：

青海大学附属医院**2019**年住院医师规范化培训单位委培医师报名汇总表

医院（公章）： 单位联系人： 联系电话 ： 电子邮箱： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **培训专业名称** | **姓名** | **性别** | **现从事专业** | **身份证号码** | **毕业院校** | **学历** | **所学专业** | **毕业时间** | **是否有医师资格证** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：若此表一页不够可复制，培训专业名称请参阅2019年招生简章所列专业.

附件3：

# **青海大学附属医院2019年住院医师规范化培训**

# **招录考核网上报名指南**

网上报名截止2019年6月19日23：59

1. 报名流程：

考生可在各终端浏览器地址栏中输入网址:http://39.106.45.165:91后确定跳转，进入青海省住院医师规范化培训平台系统登录界面，点击《招录考核报名》开始填报。



1. 考生填报待审核资料

进入青海省住院医师规范化培训平台系统登录界面后： 注：请各考生填报本人真实信息，信息提交后不可更改，请考生认真填报。

1. 单击页面中《招录考核报名》选项，页面跳转至信息填报页面。
2. 考生需在填报页面完全填写待审核报名表中各项内容。



1. 请仔细核对身份证号后详细完整地填写相关信息并后点击“提交”即可。（信息提交后无法再次编辑更改）



1. 考生查询报名审核结果

进入青海省住院医师规范化培训平台系统考试界面：

1. 青海省住院医师规范化培训平台系统登录界面-《报名查询》中录入身份证号可查询考生报名审核状态。



**报名查询**