附件1

青海红十字医院2019年度

住院医师规范化培训招生计划表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 专业代码 | 专业 | 招生人数 | 备注 |
| 1 | 0100 | 内科 | 10 |  |
| 2 | 0200 | 儿科 | 1 |  |
| 3 | 0400 | 皮肤科 | 2 |  |
| 4 | 0600 | 神经内科 | 1 |  |
| 5 | 0700 | 全科 | 35 |  |
| 6 | 0900 | 外科 | 2 |  |
| 7 | 1000 | 外科（神经外科方向） | 2 |  |
| 8 | 1100 | 外科（胸心外科方向） | 1 |  |
| 9 | 1300 | 外科（泌尿外科方向） | 2 |  |
| 10 | 1400 | 骨科 | 2 |  |
| 11 | 1600 | 妇产科 | 9 |  |
| 12 | 1700 | 眼科 | 1 |  |
| 13 | 1800 | 耳鼻咽喉科 | 2 |  |
| 14 | 1900 | 麻醉科 | 5 |  |
| 15 | 2000 | 临床病理科 | 1 |  |
| 16 | 2200 | 放射科 | 4 |  |
| 17 | 2300 | 超声医学科 | 5 |  |
| 18 | 2500 | 放射肿瘤科 | 1 |  |
| 19 | 2800 | 口腔全科 | 2 |  |
| 20 | 2900 | 口腔内科 | 2 |  |
| 21 | 3000 | 口腔颌面外科 | 1 |  |
| 22 | 3100 | 口腔修复科 | 2 |  |
| 23 | 3200 | 口腔正畸科 | 1 |  |
| 24 | 3400 | 口腔颌面影像科 | 1 |  |
| 共计 | | | 95 |  |

附件2

青海红十字医院住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | | | 照 片 |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | | | |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | | | | |
| 毕业学校 |  | | 毕业专业及时间 | | | |  | |
| 有无医师资格证书 |  | 证书编号 |  | | | | | |
| 培训身份 | 🞎本单位人员 🞎外单位委培人员 🞎社会人员 | | | | | | | |
| 委培单位 |  | | | | | | | |
| 本人联系电话 |  | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 紧急联系人 |  | | 电话 | | |  | | |
| 家庭通讯地址 |  | | | | |  | | |
| 个人经历（大学至工作） | | | | | | | | |
| 起始时间 | 学校/工作单位 | | | | | 专业/工作部门 | | |
|  |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考培训专业志愿（根据附件1招生计划专业分布表填写） | | | |
| 第一志愿 | | 第二志愿 | 第三志愿 |
|  | |  |  |
| 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！      报考学员签名：  日 期： | | |
| 所在单位意见 | （外单位委培人员由所在单位人事部门负责人签字确认，本院人员由科主任签字确认，社会人员不需要签字）  负责人签名（公章）：  日 期： | | |
| 附 件 | 报名人还需提交以下资料：   1. 毕业证复印件1份； 2. 学位证复印件1份； 3. 学信网学历认证1份； 4. 医师资格证书/执业医师证书复印件各1份； 5. 个人身份证复印件1份； | | |

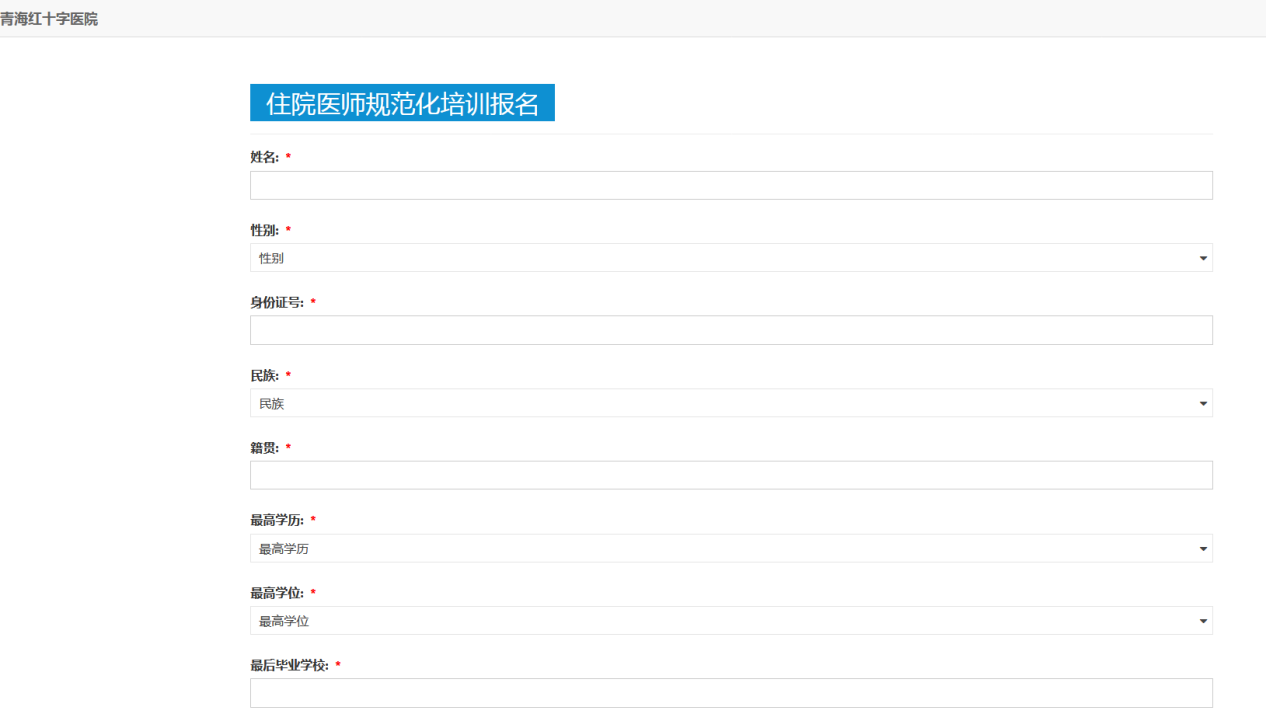
附件3

网上报名流程

1.登陆系统：http://39.106.45.165:91

请使用火狐浏览器或IE浏览器进行登陆

2.登陆界面：



请根据要求，填写相关报名信息，并上传相关证书扫面件。

最后点击提交即可。