附件1

**青海省妇女儿童医院规范化培训招生报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月日 |  | 电子版红底2寸免冠近照 |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 最高学历 |  |
| 婚姻状况 |  | 最高学位 |  |
| 应届/往届生 |  | 英语、计算机 |  |
| 毕业专业 |  | 身份证号码 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业证编号 |  |
| 参加工作时间 |  | 学位证编号 |  |
| 医师资格证编号 |  |
| 社会人/单位委培医师/本院医师 |  | 委培医院名称 |  | 委培医院联系人及联系电话 |  |
| 委培医院详细地址： |
| 报考志愿专业： 儿内科 □ 儿外科 □ |
| 户籍地址(具体到门牌号)： |
| 现住址(具体到门牌号)：  |
| 报考者联系方式 | 手机号 |  | 父亲/母亲电话 |  |
| 微信号 |  | 电子邮箱 |  |
| 个人经历（大学至工作） |
| 起始时间 | 学校、专业 | 实习单位/工作单位、科室 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 报考学员本人承诺 | **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！**   报考学员签名确认：  日期： |
| 所在单位/科室意见 | （外单位委培人员由所在单位负责人签字确认并加盖医院公章，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2

|  |
| --- |
| **2020级住院医师规培学员报名登记表** |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 民族 | 毕业院校及专业、学位 | 毕业时间 | 参加工作时间 | 职务/职称 | 联系电话 | 身份证号 | 医师资格证 | 社会人/单位委培医师/本院医师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：

1. 姓名、性别、民族、身份证号必须与第二代身份证一致。
2. 毕业院校及专业、学位、毕业时间为取得最高学历的毕业院校及专业、学位、毕业时间。
3. 医师资格证一览填写有或无。

社会人、单位委培医师、本院医师一览，社会人、本院医师填写社会人、本院医师，单位委培医师填写完整单位名称。

附件3

**证 明**

 兹我\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业学生\_\_\_\_\_，性别：\_\_\_\_\_，学号：\_\_\_\_\_，该生系国家统一招生计划内的\_\_\_\_届本科毕业生，该生在校期间表现良好，所修课程成绩合格，已经通过毕业资格及学位资格审查，\_\_\_\_年 月能够取得毕业证书、学士学位证书，情况属实。

特此证明。

 \_\_\_\_\_大学

公章

   \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附件4

