附件1

 **青海省第三人民医院2020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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 参加住院医师培训最大愿望 |  |
| 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： 日 期： |

备注：报名表纸质版请于资格审查时提交。

附件2：

**2020年度报考青海省第三人民医院单位委培住院医师规范化培训学员报名汇总表**

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2020年招生简章所列专业。