附件3

青海红十字医院住院医师规范化培训报名表

（注：此表请在电脑填写，并打印签字盖章，不得手填。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 |  | | 照 片  （彩色打印） | |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 民 族 |  | 籍 贯 | |  | | | |
| 最高学历 |  | 最高学位 | |  | | | |
| 毕业学校 |  | | | 毕业专业及年月 | | |  | | |
| 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 |  | | 双方关系 |  | | 联系电话 | | |  |
| 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 职位 | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考培训专业志愿（根据附件1招生计划表填写专业名称） | | | |
| 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！      报考人员签名：  日 期： | | |
| 所在单位意见 | 注：外单位委培人员由所在单位人事部门负责人签字确认并加盖单位人事部门公章 / 本院人员由科主任签字确认  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； | | |