附件1

**青海大学附属医院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 | | | |  |
| 有无医师资格证书 |  | | | 资格证书取得时间 | | | | | | |  | | | | | 资格证书  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 | | | | | | |  | | |
| 电子邮箱 | | |  | | | | | | | 其它方式 | | | | | | |  | | |
| 工作（实习）经历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 临床工作  起始时间 | | | 医院名称 | | | | 医院  级别 | | 科室 | | | | 职称 | | | | 证明人 | | | 证明人  联系电话 |
|  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  |
| 教育经历（包括高中以上学历） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 时间 | | 国家 | | | 院校 | | | | | | | | | 专业 | | | | | 学位 | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| 西宁市区  联系人员 | | 姓名 | | | 关系 | | | | | | | 工作单位 | | | | | | | 联络电话 | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 备注 | | 报考医师本人承诺：所提供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：    报 考 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**2020**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2020年招生简章所列专业.

附件3：

# **青海大学附属医院2020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2020年7月31日23：59

**报名流程：**

1.在电脑浏览器（最好使用谷歌浏览器或360浏览器）地址栏中输入网址:39.106.45.165，进入青海大学附属医院2020年住院医师规范化培训平台登录界面，点击“培训报名”→“住培报名”进入青海大学附属医院2020年住院医师规范化培训招录报名界面。



2.填写并上传相关报名资料，填报完毕反复审核无误后点击“提交”即可。注：请填报本人真实信息，信息提交后不可更改，请认真填报。



**查询报名审核结果**

报名成功后第三天在电脑浏览器（最好使用谷歌浏览器或360浏览器）地址栏中输入网址:39.106.45.165，进入青海大学附属医院2020年住院医师规范化培训平台登录界面，点击“培训报名”→“报名查询”→输入身份证号码，点击“搜索”即可。