附件1

2024年泰州市中医院中医/中医全科

住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生日期 |  | 贴一寸彩照 |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 外语水平 |  | 学 历 |  |
| 所学专业 |  | 学 位 |  | 是否取得医师资格证书 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | 是否应届生 |  |
| 单 位 |  |
| 家庭住址 |  |
| 本人联系方式 | 手 机 |  | 通讯地址 |  |
| 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 务 | 证明人 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 单位意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 备 注 |  |