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 | | |  | | | | | | | | | | |