**2023年茂名市人民医院住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 贴大一寸彩照 |
| **年 龄** |  | **民 族** |  |
| **籍 贯** |  | **户口所在地** |  |
| **政治面貌** |  | **婚姻状况** |  |
| **最后毕业学校** |  | **毕业时间** |  |
| **最高学历** |  | **最高学位** |  | **专业** |  |
| **医师资格证号** |  | **医师执业证号** |  |
| **工作单位** |  | **身份证号码** |  |
| **培训基地志愿** | **1、** | **2、** |
| **培训专业志愿** | **1**、 | **2、** |
| **通讯地址** |  | **邮 编** |  |
| **联系方式** |  | **电子邮箱** |  |
| **学习及工作经历（毕业院校、临床培训、工作经历）** |
| **年月日至年月日** | **毕业院校或医院名称** | **专 业** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **申****请****人****意****见** | **自愿以培训学员身份参加茂名市人民医院住院医师规范化培训，服从基地培训安排。****申请人签字：** **年 月 日** | **派送单位或推荐学校意见**  | **签名（盖章）**  **年 月 日**  |
| **基地招录单位意见** |  **签名（盖章）**  **年 月 日**  |

注：应届毕业生及专业学位研究生填写“申请人意见”及“推荐学校意见”，加盖学校公章；单位委派人员须填写“申请人意见”及“派送单位意见”，加盖单位公章；社会人员在工作单位一栏填“待业”，单位意见栏可不填。