**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。