**住院医师规范化培训单位委托培养学员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （贴照片处） |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 健康状况（既往病史） |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外语水平 |  | 计算机能力 |  |
| 最高学历 |  | 毕业证书编号 |  |
| 最高学位 |  | 学位证书编号 |  |
| 学位类型 | □科学型 □专业型 | 通讯地址 |  |
| 电子邮箱 |  | 住宅电话 |  | 手机 |  |
| **报名情况** | 报考培训专业 |  | 执业范围 |  |
| 医师资格证书取得时间 |  | 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书取得时间 |  | 医师执业证书编号 |  |
| **教育情况** | 入学日期 | 毕业日期 | 学校名称 | 专业 | 学历 | 学位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **工作情况** | 工作时间 | 聘用单位名称 | 聘用单位级别 | 从事岗位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **个人承诺** | **1、本人承诺以上信息真实可靠。****2、本人自愿全程在东部战区总医院接受住院医师规范化培训。**本人签字：年 月 日 |
| **委派单位意见** | **该学员已招聘为本单位 岗位医师，现本单位同意委派该住院医师全程在接受住院医师规范化培训，并承诺不会因单位工作等原因将该医师调回，且在培训期间将积极配合培训基地的各项管理。** 单位盖章： 年 月 日 |