附件2：

**2023年中医住院医师规范化培训单位委托培养学员报名**

|  |
| --- |
| 1. **基本信息**
 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 专业 |  | 学历 |  | 学位及类型 |  |
| 往届应届 |  | 外语等级 |  | 婚姻状况 |  | 报名专业 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  | 微信号码 |  |
| 单位名称 |  | 单位性质 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 获得证书时间 |  |
| 家庭住址 |  |
| 紧急联系人 |  | 紧急联系电话 |  |
| **(二)教育情况** |
| 学历 | 起止时间 | 毕业院校 | 毕业专业 |
| 第一学历 |  |  |  |
| 最高学历 |  |  |  |
| **(三)工作经历** |
| 起止时间 | 单位及部门 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **(四) 信息核对情况** |
|  上述信息，填写内容真实有效。如有不实，本人愿意被取消报名和录取资格并承担其他责任。报名人签名： 年 月 日 |
| **（五）单位意见** |
|  该同志为我院员工，同意以委托培养方式派送至广州中医药大学惠州医院（惠州市中医医院），进行中医住院医师规范化培训学习，培训期间由本单位管理其人事档案、发放基本工资及购买基本社会保险，并严格遵守基地相关规定。  单位负责人（签字）： 委派单位（盖章）： 年 月 日 |