**广州医科大学附属中医医院2024年中医（中医全科）住院医师规范化培训**

**单位委培人报名表**

医院(公章) 单位联系人： 单位电话：

单位邮箱： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 电话号码 | 性别 | 现从事专业 | 报考专业 | 学历 | 所学专业 | 毕业院校 | 毕业时间 | 身份证号码 | 是否有医师资格证 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　填写要求：

　　1.是否有医师资格证项选填是或否。

　　2.报考专业选填：中医或中医全科。

　　3.由委托单位填写此表，并加盖单位公章。