|  |
| --- |
| **2024年度汕头市中心医院住院医师规范化培训学员报名表** |
| 报考专业 | 1、 | 2、 | 3、 | 应届生 □ 往届生 □ |
| 报考类别 | 单位学员□ 社会学员□委托培养□（工作单位： ） | 临床工作经历：有□ 无□临床培训经历：有□ 无□ |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 最高学历 |  | 照 片粘 贴（一寸） |
| 身份证号 |  | 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现居住地址 |  | 健康状况 |  | 婚姻 状况 |  | 特长 |  |
| 手机号码 |  | 计算机等级 |  | 英语等级 |  | 执业资格证: 是□ 否□执业类别: 临床 □ 口腔 □资格证书编号：（ ） |
| 联系方式 | E-mail: | QQ: |
| 本（专）科学历 | 院校 |  | 专业 |  | 学制 | 五年制本科 （ ）全日制专升本 （ ）专科 （ ）是否订单定向生（是 否） |
| 毕业时间 | 年 月 | 实习单位 |  |
| 研究生学历 | 院校 |  | 专业 |  | 类别 | 专业型 □科学型 □ |
| 毕业时间 | 年 月 | 实习单位 |  | 导师姓名 |  |
| 临床工作或实习/培训经历 |  |
| 本人保证所提交信息的真实性和准确性，与广东省住院医师规范化培训管理平台报送信息一致，并能提供相关信息的佐证材料。如有失实或有误所导致的后果和责任由本人负责承担。 本人签名（手写）： 年 月 日  |

注：请填写→黏贴一寸免冠照片→本人手写签名→扫描上传，否则视为无效。