|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。