南京市江宁医院2024年住院医师规范化培训报名登记表

序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓名 |  | | | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 近半年内  免冠照片 | |
| 政治面貌 |  | | | 民族 |  | | 健康状况  （既往病史） |  | |
| 籍贯 |  | | | 身份证号码 | |  | | | |
| 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 | |  | | | | | |
| 研究生学位类型 | 科学型（ ） 专业型（ ） | | | | | 是否为农村订单定向  免费培养医学毕业生 | | | 是（ ） 否（ ） | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 手机号码 |  | | 紧急联系人姓名  及关系 | | |  | | | 紧急联系人  手机号码 | |  |
| **报 名 情 况** | 报考培训专业 | |  | | | | 调剂专业 | | |  | | |
| 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 | | |  | | |
| 既往是否曾参加  住院医师规范化培训 | | 是（ ） 否（ ） | | | | 既往培训基地、  培训专业、培训起止时间 | | |  | | |
| **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** | 起止时间 | | 单位名称  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。**   1. **本人自愿全程在南京市江宁医院接受住院医师规范化培训。**   本人签名（手签）：年 月 日 | | | | | | | | | | | |

备注：1、“序号”由医院统一填写；2、除“本人签名”处手写外，其余内容录入后请“居中”排列，字体为“宋体”，字号为“小五”。3、此表填写完整并签字后，转换成PDF格式上传至报名系统。