附件1

广元市中心医院

住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | |  | |
| 年龄 | |  | | 民族 | |  | |
| 籍贯 | |  | | 政治面貌 | |  | |
| 健康状况 | |  | | 既往病史 | |  | |
| 学历 | |  | | 学位 | |  | |
| 联系电话 |  | | | | 身份证号 | |  | | |
| 毕业时间 |  | | | | 是否单位委培 | |  | | |
| 是否取得执医 |  | | | | 执医证编号 | |  | | |
| 外语水平 |  | | | | 计算机水平 | |  | | |
| 报名志愿1 |  | | | | 报名志愿2 | |  | | |
| 报名志愿3 |  | | | | 是否接受调剂 | |  | | |
| 教育经历（从最高学历开始） | | | | | | | | | |
| 起止时间 | 学校名称 | | | | 专业 | | 学历  学位 | | 教育方式  （统招、自考、成教等） |
|  |  | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  |
| 工作经历 | | | | | | | | | |
| 起止时间 | 单位名称 | | 任职部门与岗位 | | | | 工作  内容 | | 证明人 |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
| 有何特长及突出业绩 |  | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | |
| 发表论  文情况 |  | | | | | | | | |
| 本人  承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签字）：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |

注：3个报名志愿为平行志愿。

附件2

委托培训函

广元市中心医院：

我院为 级 等（综合型/专科性）医院。因职工个人申请，经我单位研究，现同意以下医师到贵院参加住院医师规范化培训。

姓 名：

性 别：

职 称：

身份证号：

单位名称：

（加盖公章）

年 月 日