**广西科技大学第一附属医院**

**2018年住院医师规范化培训报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 年 龄 | |  | | | 性 别 | | |  | 照片 | |
| 民 族 |  | | 健康状况 | |  | | | 既 往 病 史 | | |  |
| 个人身份（本院、社会人、委培） | | | | |  | | | | | | |
| 英语水平 |  | | 学历、学位 | |  | | | 是否应届毕业 | | |  |
| 本科毕业院校 |  | | 毕业时间 | |  | | | 毕业专业 | | |  | 计算机等级 |  |
| 研究生毕业院校 |  | | 毕业时间 | |  | | | 毕业专业 | | |  |
| 医师资格证书取得时间 |  | | | | 医师资格证书编号 | | |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | | | |
| 申报培训专业  志愿 | 第一志愿： | | | | | | 第二志愿： | | | | | | |
| 通讯住址 |  | | | | | | | | 邮编 | |  | | |
| 本人联系方式 | 手机 | | |  | | | | | 电话 | |  | | |
| E-mail | | |  | | | | | QQ号 | |  | | |
| 学习及工作经历（包括大学及以上学历、临床轮训经历、历届毕业生毕业后经历） | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 学校或医院名称 | | | | 专业 | | | | 任职 | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 何时何地何事受过何种奖励 |  | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地何事受过何种处分 |  | | | | | | | | | | | | |
| 申请人  承诺 | **本人自愿参加住院医师培训，并遵守遵守政府关于“住院医师规范化培训的相关管理规定”和培训基地管理制度及培训合同。**  **申请人签名： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| 受训者所在单位或学校推荐意见 | 签名（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 承接培训  基地单位意见 | 广西科技大学第一附属医院（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |