附件2

**贵州省中医住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 出生日期 | |  | | | | | 贴  2  寸  彩  照 | | |
| 性 别 |  | | | | | 籍 贯 | |  | | | | |
| 民 族 |  | | | | | 健康状况 | |  | | | | |
| 政治面貌 |  | | | | | 婚姻状况 | |  | | | | | 既往  病史 |  | |
| 外语水平 |  | | | | | | | | | | | |
| 报考专业 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 本科毕业院校、专业及毕业时间 |  | | | | | | | | 是否专业学位:  是 否 | | | | | | |
| 最后学历毕业院校、专业及毕业时间 |  | | | | | | | | 是否专业学位:  是 否 | | | | | | |
| 是否执业医师：  是 否 | | | | | | |
| 医师资格证书编码 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址： 邮编： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人联  系方式 | 手 机 | | |  | | | | | 通讯地址 | | |  | | | |
| E-mail | | |  | | | | |
| 父母姓名及联系电话 | 父亲姓名 | | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 母亲姓名 | | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 工作（实习）经历 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 临床工作  （实习）  起止时间 | | 医 院  名 称 | | | 医 院  级 别 | | 职 务 | 证明人 | | | 证明人  现任何职 | | | | 证明人  联系电话 |
|  | |  | | |  | |  |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  |  | | |  | | | |  |
| 参加中医住院医师培训最大的几点愿望 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 参加中医住院医师培训最大的几点顾虑 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 履历（包括中学以上学历） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 至 年 月 | | | 何学校(单位) | | | | | | | 何种学历(职业、职务) | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 报考人所在  单位意见 | | | 单位签字（签章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 基地  审核意见 | | | 是否通过资格初审：  是 否  基地签字（签章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

填表说明：1、工作（实习）经历中已工作者，二者均要填写，尚未参加工作者，需将所实习的科室如实填写。

2、无工作单位人员其单位意见由其人事档案所在部门负责填写。

3、本表格请正反面一页打印。

4、请勿改变表格格式及字体、字号。