

附件 1

2020 年德州市人民医院住院医师规范化培训学员报名申请表

姓名		性别		照片 (一寸免冠红 底 彩色照片)
民族		出生年月		
政治面貌		所学专业		
学 历		学 位		
毕业时间		毕业学校		
手机号码		身份证号		
家庭住址				
是否已经取得 医师资格证书	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	资格证号		
是否注册	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	注册专业		
申请培训专业				
现工作单位			现从事专业	
学习工作 经历 (大学起)	起止年月	在何单位学习和工作		科别/专业
单位意见 (章)				

备注：社会化学员无需填写单位意见。