附件1

烟台毓璜顶医院2020年度住院医师规范化培训报名申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | 出生日期 | | | 年月日 | 一寸  彩色  近照 | |
| 学历 |  | 学位 | | |  | 民族 | | |  |
| 毕业院校 |  | | | | | 毕业时间 | | |  |
| 专业 |  | 英语水平 | | |  | 健康状况 | | |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 | | |  | 家庭住址 | | |  | | |
| 报考学  员身份 | 单位委派学员 | | |  | | 身份证号 | | |  | | |
| 社会化学员 | | |  | |
| 本人联系  方式 | 联系电话：电子邮箱： | | | | | | | | | | |
| 应届毕业生 | □是□否 | | 首次参考医师资格考试时间 | | | |  | 获得医师证  资格证时间 | | |  |
| 报考专业 |  | | | | | | | | | | |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。  本人亲笔签名：填表日期： | | | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | | | |

**审核情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 培训对象  所在工作  单位意见  （单位委派学员填写） | 经本单位研究，同意同志要求参加年  专业住培的申请。  （盖章）  单位负责人：年月日 |
| 培训  基地  审核  意见 | 同意同志要求参加年  专业住培的申请。  （盖章）  负责人：年月日 |
| 备注 |  |