附件：

**南宁市第二人民医院（广西医科大学第三附属医院）**

**住院医师规范化培训报名表**

**报名培训专业： 身份：□单位人 □社会人**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 贴一寸彩照 |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 学 历 |  | 体 重 |  | 身 高 |  |
| 所学专业 |  | 学位（科学、专业） |  | 有无医师执照 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | 是否应届生 |  |
| 生源地 省 市 [县、区]  | 家庭住址 邮编 |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 家庭电话 |  |
| E-mail |  | QQ或微信号 |  |
| 工 作 （实习） 经 历 |
| 临床工作起止时间 | 时间长度 | 医院名称 | 医院级别 | 科室 | 职务 | 证明人 | 证明人现任何职 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 英语水平 |  |
| 有何特长 |  |
| 曾获奖励 |  |
| 参加住院医师培训最大的几点愿望及顾虑 |  |
| 履历（包括高中以上学历） |
| 年月日至年月日 | 何单位 | 任何职 | 证明人及联系方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 南宁市联络人员 | 姓 名 | 关 系 | 工作单位 | 联络方法 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请人意见 | 本人自愿参加住院医师规范化培训，保证填报的信息及材料真实，并遵守培训合同。 签名  年 月 日 |
| 备 注 |  |