**玉林市中医医院**

2020年中医（全科）住院医师规范化培训报名申请表1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | （电子照片） |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 身 高 |  |
| 体 重 |  | 应届/往届 |  |
| 英语考级 |  | 计算能力 |  | 是否为执业医师 |  |
| 第一学历 |  | 第一学历毕业学校 |  | 第一学历毕业时间及专业 |  |
| 最高学历 |  | 最高学历毕业院校 |  | 最高学历毕业时间及专业 |  |
| 身份证号 |  | 执业医师资格编号 |  |
| 培训志愿 | 中医方向□ 第一志愿： 第二志愿： |
| 中医全科方向□ |
| 家庭地址 |  | 实习单位 |  |
| 联系方式 | 手机号码 |  | QQ号 |  |
| 电子邮箱 |  | 微信号 |  |
| 学习/工作期间所受奖励（附材料） |  |

|  |
| --- |
| 学习及工作经历（包括本科以上学历、临床轮训经历、往届毕业生毕业前后经历） |
| 年月日至年月日 | 单位名称 | 身份 | 证明人 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请人意见 | 本人自愿申请参加中医(全科)住院医师规范化培训，并遵守《培训合同》规定。 签名  年 月 日 |
| 所在学校或单位意见 |  签名（盖章）    年   月  日 |

教务科联系方式：电话：0775-2581576 邮箱:ylszyyyjwk@126.com