附件2

青海红十字医院住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 |  | | | | 照 片 |
| 身份证号 | |  | | | | | | | |
| 民 族 | |  | 籍 贯 |  | | | | | |
| 最高学历 | |  | 最高学位 |  | | | | | |
| 毕业学校 | |  | | 毕业专业及时间 | | | | |  | |
| 有无医师资格证书 | |  | 证书编号 |  | | | | | | |
| 是否单位委培生 | |  | 委培单位 |  | | | | | | |
| 本人联系电话 | |  | | 电子邮箱 | | |  | | | |
| 紧急联系人 | |  | | 电话 | | |  | | | |
| 家庭通讯地址 | |  | | | | | | | | |
| 个人经历（大学至工作） | | | | | | | | | | |
| 起始时间 | 学校/工作单位 | | | | | | | 专业/工作部门 | | |
|  |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考培训专业志愿（根据附件1招生计划专业分布表填写） | | | |
| 第一志愿 | | 第二志愿 | 第三志愿 |
|  | |  |  |
| 本人承诺 | 所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！      报考学员签名：  日 期： | | |
| 所在单位意见 | 负责人签名（公章）：  日 期： | | |
| 附 件 | 报名人还需提交以下资料：   1. 毕业证复印件1份； 2. 学位证复印件1份； 3. 学信网学历认证1份； 4. 医师资格证书/执业医师证书复印件1份； 5. 个人身份证复印件1份； | | |