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；
 |