**附件1**

德州市中医院住院医师规范化培训报名表

(2022年）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 年 龄 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 最后毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 医师资格证 | □有 □无 | 证书编号 |  |
| 医师执业证 | □有 □无 | 证书编号 |  |
| 学员类别 |  □委培单位人□社会化 | 培训类别 | □中医专业□中医全科 | 培训专业 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 微 信 |  |
| 邮箱 |  | 其他联系方式 |  |
| 学习及工作经历（本科、临床培训、工作经历） |
| XX年XX月-XX年XX月 | 学校或医院名称 | 专业/科室 | 任职情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请人承诺 | 承诺以上所报信息属实，如有虚假，自愿承担由此造成的一切后果！申请人签字： 年 月 日 |
| 培训基地审核意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |