**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 | | | | | | | | | |