附件2

**河池市中医医院2021年中医住院医师/全科医生**

**规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 照片  （近6个月1寸白底免冠彩色） |
| 出生年月 | |  | | 民族 | |  |
| 籍贯 | |  | | 婚姻状况 | |  |
| 政治面貌 | |  | | 身高 | |  |
| 健康状况 | |  | | 既往病史 | |  |
| 身份证号 | |  | | | | 英语等级 |  |
| 是否有医师资格证书 | | 🞎有 🞎无 | | | 毕业实习单位 |  | |
| 医师资格证书编号 | | |  | | | | |
| 医师执业证书编号 | | |  | | | | |
| 学历 | |  | | | 学位 |  | |
| 毕业学校及毕业时间 | |  | | | | 所学专业 |  |
| 获得荣誉 | |  | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | 邮编 |  |
| 手机号码 | |  | | | 电子邮箱 |  | |
| 培训方向 | | 🞎中医方向 🞎中医全科方向（🞎定向 🞎非定向） | | | | | |
| 学习及工作经历(包括大学本科及以上学历/工作及临床轮训经历) | | | | | | | |
| 年月日至  年月日 | 学校或单位名称 | | | | 专业/身份 | | 职称 |
|  |  | | | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  |
| 申请人承诺 | 本人自愿到河池市中医医院参加中医住院医师/全科医生规范化培训，自觉遵守国家及自治区卫生健康行政部门关于住院医师规范化培训的管理规定，遵守培训基地的规章制度及培训协议中约定的各项条款。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 申请人所在单位或  学校推荐意见 | | | 签名（盖章）  年 月 日 | | | | |
| 培训基地意见 | | | 河池市中医医院（盖章）  年 月 日 | | | | |