附件2

**河池市中医医院**

**2023年中医住院医师/全科医生规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 |  | 照片（近6个月1寸白底免冠彩照） |
| 性别 |  | 身份证号 |  |
| 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 户口所在地 |  省 市 县（区） |
| 入党/团时间 |  | 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 是否通过医师资格考试 |  | 通过医师资格考试时间 |  | 是否获得医师资格证书 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 执业类别 |  | 医师执业证书编号 |  |
| 外语等级考试类型 |  | 外语能力 |  | 外语等级考试证书编号 |  |
| 外语等级考试证书取得时间 |  | 计算机等级 |  | 计算机等级证书编号 |  |
| 取得计算机等级证书时间 |  | 是否全日制 |  | 是否在读 |  |
| 预计毕业时间 |  | 在读学历 |  | 在读院校、专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业专业 |  | 毕业时间 |  |
| 是否获得毕业证书 |  | 是否获得学位证书 |  | 学历证书取得时间 |  |
| 学历证书编号 |  | 学位证书编号 |  | 学位证书取得时间 |  |
| 报名专业 | 🞎中医专业🞎中医全科（🞎定向 🞎非定向） | 是否接受调剂 |  | 可调剂专业 |  |
| 是否委培 |  | 委培单位全称 |  | 委培单位社会统一信用代码 |  |
| 何时何地何事受过何种奖励 |  |
| 何时何地何事受过何种处分 |  |
| 学习/工作经历(包括大学本科及以上学历/工作经历) |
| 年月日至年月日 | 学校/工作单位 | 专业/所在科室 | 任职 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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 |

**注：此报名表请正反双面打印。**