附件：

|  |
| --- |
| **汕头潮南民生医院2019年住院医师规范化培训学员报名表** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | 英语等级 |  |
| 最高学历 （全日制） |  | 最高学历 毕业专业 |  | 最高学历 毕业时间 |  |
| 最高学历 毕业院校 |  | 研究生类别 | 专业型□ 学术型□ |
| 是否已取得 医师资格证 | 是□ 否□ | 执业类别 |  | 取得医师资格证时间 | 年 月 日 |
| 联系方式 | 手机  |  | 家庭电话 |  | Email |  |
| 本人现住址 |  | 家庭住址 |  |
| 培训经历 | 既往是否参加规范化培训：是□ 否□。已有培训经历者填写： 年 月至 年 月在 （单位）参加住院医师规范化培训，已完成轮转科目及轮转时间： 。  |
| 申请人意见 |  本人自愿参加住院医师规范化培训，遵守培训合同，并保证所提交信息的真实性，且与省规培平台信息一致。如有虚假，本人愿意承担由此引发的一切后果。   本人签名： 年 月 日   |
| **报考信息栏** |
| 学员类别 | 专业基地名称 | 专业基地代码 | 单位名称 |
| 本单位学员 |  |  | 汕头潮南民生医院 |
| 社会学员 | 1、 |  | 注：按志愿顺序依次录取。2为调剂志愿，不服从调剂者请勿填写。 |
| 2、 |  |
| 委托培养学员 |  | 委培协议单位： |
|
| 委培单位意见：单位负责人签名（公章）： | 单位联系人姓名：单位联系电话： |