|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | | |  | | 民 族 | |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | | 政治面貌 | | | |  | | 年 龄 | |  |
| 健康状况 |  | | 婚姻状况 | | | |  | | 联系电话 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | 英语水平 |  | | |
| 毕业学校 |  | | | | | | | 毕业时间 |  | | 第一学历 |  |
| 最后毕业学校 |  | | | | | | | 毕业时间 |  | | 最高学历 |  |
| 所学专业 |  | | | | | | | 身份证号 |  | | | |
| 是否取得医师资格 | □是□否 | 医师执业证类型 | | | | | |  | 医师资格证书编号 | |  | |
| 是否已经  注 册 | □是 □否 | 注册单位 | | | | | |  | | | 注册时间 |  |
| 学习及工作经历 | 起止时间 | | | 单位名称 | | | | | | | 证明人 | 职务 |
|  | | |  | | | | | | |  |  |
|  | | |  | | | | | | |  |  |
|  | | |  | | | | | | |  |  |
| 发表论文科研情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 主要社会关系 | 姓 名 | 关 系 | | | 工 作 单 位 | | | | | | | 联 系 方 式 |
|  |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | |  |
| 培训专业 |  | | | | | 学员类型及单位 | | | |  | | |
| 个人承诺 | 本人承诺个人信息，真实有效。本人自愿按照国家规定的培训内容和标准参加住院医师规范化培训，培训期间遵守医院各项规章制度，承诺按照要求完成轮转计划，不中途退培。  学员（签字） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

**河 南 科 技 大 学 第 三 附 属 医 院**

**2020年住院医师规范化培训报名表**