**附件 成都医学院第一附属医院专科医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | **性 别** | |  | | 贴  小  二  寸  彩  照 | |
| **年 龄** | |  | | **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** | |  | | **学 历** | |  | | **学 位** |  |
| **毕业学校** | |  | | **毕业时间** | |  | | | |
| **职称** | |  | | **获得时间** | |  | | | |
| **住培专业** | |  | | **住培合格时间** | |  | | | |
| **医师资格证编号** | |  | | | | | | | |
| **报考培训专业** | | **心血管内科□ 呼吸内科 □ 消化内科 □ 放射科 □**  **（请在报考专业后打勾）** | | | | | | | |
| **通讯地址** | |  | | | | | | **邮 编** |  |
| **联系方式** | | **手 机** | |  | **家庭联系电话** | | | | |
| **电子邮箱** | |  | **其它联系方式** | | | | |
| **获奖情况** | |  | | | | | | | |
| **有何特长**  **（以证书为准）** | |  | | | | | | | |
| **学习及工作经历（包括本科及以上学习、临床轮训经历）** | | | | | | | | | |
| **年月日至年月日** | | | **学校或医院名称** | | | | **专 业** | | **任 职** |
|  | | |  | | | |  | |  |
|  | | |  | | | |  | |  |
|  | | |  | | | |  | |  |
|  | | |  | | | |  | |  |
| **申**  **请**  **人**  **意**  **见** | **本人自愿以专培学员身份参加成都医学院第一附属医院专培医师规范化培训，所提供报名信息及资料完全属实，如有弄虚作假，由本人承担一切后果和责任！**  **申请人签字**  **年** **月** **日** | | | | | | | | |