附件：

**连云港市第一人民医院**

**社会化住院/全科医师培训学员报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  情  况 | 姓 名 | |  | 性别 |  | | 出生年月 | | | |  | | | | 照片黏贴处 |
| 籍 贯 | |  | 民族 |  | | 健康状况  （既往病史） | | | |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 外语水平 | |  | 计算机能力 | | |  | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | 毕业证书编号 | | |  | | | | | | | | |
| 最高学位 | |  | 学位证书编号 | | |  | | | | | | | | |
| 学位类型 | | 1.学术型  2.专业型 | 通讯地址 | | |  | | | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | 联系电话 | |  | | | 第一联系人电话 | | | | |  | |
| 报  名  情  况 | 报考培训专业  （参照招收公告中的招收专业） | |  | | 执业范围 | | | | |  | | | | | |
| 医师资格证书  取得时间 | |  | | 医师资格证书编号 | | | | |  | | | | | |
| 医师执业证书  取得时间 | |  | | 医师执业证书编号 | | | | |  | | | | | |
| 教  育  情  况 | 入学日期 | | 毕业日期 | 学校名称 | | | | 专业 | | | | 学历 | | | 学位 |
|  | |  |  | | | |  | | | | 本科 | | |  |
|  | |  |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | | |  | | | |  | | |  |
| 工作情况 | 工作时间 | 单位名称 | | | 单位级别 | | 从事岗位 | | | | | | 是否办理离职手续 | | |
|  |  | | |  | |  | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | | | | |  | | |
| 个  人  承  诺 | 1. 本人承诺以上信息真实可靠。 2. 本人自愿全程在连云港市第一人民医院接受住院医师规范化培训。   本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

连云港市第一人民医院 科教部制表