附件1

**连云港市第一人民医院住院医师规范化培训报名表（社会化）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | 姓名 | |  | | 性别 |  | | | 出生年月 | |  | （贴照片处） |
| 政治面貌 | |  | | 民族 |  | | | 健康状况 | |  |
| 身份证号 | |  | | 手机 |  | | | 住宅电话 | |  |
| 学位类型 | | □科学型□专业型 | | 通讯地址 | | |  | | | |
| 外语水平 | |  | | 计算机能力 | | |  | | | |
| 第一学历 | |  | | 毕业证书编号 | | |  | | | | |
| 最高学历 | |  | | 学历证书编号 | | |  | | | | |
| 最高学位 | |  | | 学位证书编号 | | |  | | | | |
| 是否参加过规培 | |  | | | | | | | | | |
| **报名情况** | 报考培训专业 | | |  | | | 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（高中后）** | 入学日期 | 毕业日期 | | 学校名称 | | | 专业 | | | 学历 | | 学位 |
|  |  | |  | | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | | |  | |  |
| **工作情况** | 工作时间 | | | 单位名称 | | | 单位级别 | | | 从事岗位 | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
| **个人承诺** | **1、本人承诺以上信息及所递交附件证明材料真实可靠。**  **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 | | | | | | | | | | | |