四川省肿瘤医院

住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | 出生年月 | | | | |  | | | 性别 | | |  | 贴照片处 | |
| 籍贯 | |  | | | | 民族 | | | | |  | | | | | | |
| 政治面貌 | |  | | | | 婚姻状况 | | | | |  | | | | | | |
| 健康状况 | |  | | | | 身高 | cm | | | | 体重 | | kg | | | | |
| 报名专业基地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | | | 所学专业 | | | | |  | | | | | | |
| 最后毕业学校 | |  | | | | 毕业时间 | | | | | 年 月 | | | | | 所获学位 | |  | |
| 是否往届生 | | □是 □否 | | | | 是否单位委托 | | | | | □是 □否 | | | | 委托单位 | | |  | |
| 有无执业医师资格 | | □有 □无 | | | | | | 执业医师资格证号 | | | | | | | |  | | | |
| 有何特长 | |  | | | | | | | | | | | | | | 英语水平 | |  | |
| 联系方式 | | 手机 | | | |  | | | | | | | | | | QQ | |  | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | 其他方式 | |  | |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | | | | | 家庭电话 | |  | |
| 个人履历（学习经历） | 起止年月 | | | 单位（学校）名称 | | | | | | 从事专业 | | | | | | | 获得学历（认证、奖励等） | | 备注 |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | |  |
| 工作（实习）经历 | 临床工作起止时间 | | 时间长度 | | 医院名称 | | | | 医院级别 | | | 科室 | | | | 职称/  职务 | | 证明人 | 证明人联系方式 |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  |  |
| 备 注 | | 本人承诺：所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！  报考学员签名：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：本表字体大小可调整，但请将内容保持在一页纸上，不附加页面。

四川省肿瘤医院教育培训部 制表