附件1

 **青海省第三人民医院2025年住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 电子版蓝底免冠近照 |
| 性 别 |  | 籍 贯 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  |
| 特 长 |  | 身高 |  | 体重 |  |
| 英语级别及分数 |  | 最高学历 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 所学专业 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 有无医师资格证 |  | 资格证取得时间 |  | 资格证编号 |  |
| 最后毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | 是否应届生 |  |
| 是否往届生 |  | 是否单位委托培训 |  | 委培医院 |  |
| 培训专业志愿  第一： 第二： 第三： |
| 家庭住址： |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 家庭电话 |  |
| E-mail |  | 其它方式 |  |
| 工 作（实习） 经 历 |
| 临床工作起止时间 | 医院名称 | 医院级别 | 科 室 | 职 称 | 证明人及职务 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 参加住院医师培训最大愿望 |  |
| 履历（包括高中以上学历） |
| 年月日-年月日 | 何 单 位 | 任 何 职 | 离开方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 联系人 | 姓 名 | 关 系 | 工 作 单 位 | 联 络 方 法 |
|  |  |  |  |
| 备 注 | 报考学员本人承诺：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： |

备注：报名表纸质版请于资格审查时提交。