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。