|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | | |  | **性 别** | |  | | 贴  小  二  寸  彩  照 | | | |
| **年 龄** | | |  | **民 族** | |  | |
| **籍 贯** | | |  | **户口所在地** | |  | |
| **政治面貌** | | |  | **婚姻状况** | |  | |
| **最后毕业学校** | | |  | **毕业时间** | |  | |
| **最高学历** | | |  | **最高学位** | |  | | **所学专业** | | |  |
| **医师资格证号** | | |  | | | **医师执业证号** | |  | | | |
| **工作单位** | | |  | | | **身份证号** | |  | | | |
| **志愿填报** | | | **培训基地志愿一：** | | | **专业一：** | | | | | |
| **专业二：** | | | | | |
| **培训基地志愿二：** | | | **专业一：** | | | | | |
| **专业二：** | | | | | |
| **是否接受调剂** | | | **是** | | | **否** | | | | | |
| **通讯地址** | | |  | | | | | **邮 编** | |  | |
| **联系方式** | | | **手 机** |  | | | **家庭联系电话** | |  | | |
| **电子邮箱** |  | | | **其它联系方式** | |  | | |
| **学习及工作经历（本科、临床培训、工作经历）** | | | | | | | | | | | |
| **年月日至年月日** | | **学校或医院名称** | | **专 业** | | **任职情况** | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | |
| **派送单位意见** | **签名（盖章）**  **年 月 日** | | | | **所属市州卫生计生委意见** | **（盖 章）**  **年 月 日** | | | | | |
| **培训基地审核意见** | **签名（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |

**甘肃省住院医师规范化培训报名表**

注：社会学员在工作单位一栏填“待业”，单位意见栏和市州卫生计生委意见栏可不填。