|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | 人事局**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。