**附件**

**景德镇市第二人民医院住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 出生日期 |  | | | | 政治面貌 | | |  | |
| 性 别 |  | | | 籍 贯 |  | | | | 婚姻状况 | | |  | |
| 民 族 |  | | | 健康状况 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 有何特长 |  | | | 体 重 |  | | | 身 高 | | | |  | |
| 英语水平 |  | | | 学 历 |  | | | 是否工作 | | | |  | |
| 所学专业 |  | | | 学位（科学、专业） |  | | | 有无医师执照 | | | |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | | | 毕业时间 | | | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | 是否应届生 | | | |  | |
| 培训专科志愿 第一： 第二： 是否服从调剂： | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 家庭电话 邮编 | | | | | | | | | | | | | |
| 手机号 | | |  | | | | E-mail | | | |  | | |
| 工 作 经 历 | | | | | | | | | | | | | |
| 工作起止时间 | | 单位名称及所在科室 | | | | 担任职务 | | | | | 证明人 | | 联系电话 |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |  |
| 学 习 经 历 | | | | | | | | | | | | | |
| 学习起止时间 | 学校名称及专业 | | | | | | 曾任职务 | | | 获得奖励 | | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | | |