附件1：

2023年河南省中医住院医师规范化培训报名表

|  |
| --- |
| 个人基本情况 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 近期一寸免冠[照片](http://www.med126.com/zp/%22%20%5Ct%20%22_blank) |
| 出生年月 |  | 婚姻情况 |  | 身份证号码 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  | 联系方式 |  |
| 紧急联系人 |  | 与本人关系 |  | 联系方式 |  |
| 最高学历及学位 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校 |   |
| 是否取得医师资格证 |  | 医师资格证书编号 |  | 执业医师资格证书编号 |  |
| 教育经历（从大学填起） |
| 时间 | 学校 | 学历 | 专业 | 学位证书编号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 |
| 时间 | 单位 | 从事岗位 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 学员类型 | □单位人 □委培 □社会人 |
| 工作单位 |  | 单位联系人及职务 |  | 单位联系人电话 |  |
| **申请报名——志愿信息** |
| 培训医院 | 拟培训专业 | 培训期间是否打算考研 |
|  |  |  |
| **请工整填写“我承诺以上信息真实可靠”。**--------------------------------------------------------------------  个人签字： |
| 委派单位意见（社会学员可不填此栏）：（盖章） 日期： 年 月 日 |

备注：纸质版双面打印，单位委派人员报名表需盖医院公章