附件1  **上饶市人民医院住院医师规范化培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 一寸彩色近照 |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 民 族 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专 业 |  | 英语水平 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  |
| 有何特长 |  | 身份证号 |  |
| 本人联系方式 | 联系电话： 电子邮箱： |
| 家庭联系方式 | 联 系 人： 联系电话： |
| 应届 毕业生 |  □是 □ 否 | 执业医师证 |  □有 □无 | 执业范围  |
| 学习和工作经历（请从高中开始 填写） | 起 止 时 间 | 所 在 学 校 或 单 位 | 学历/工作岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 何时何地因何原因受过何种奖励或惩罚 |  |
| 培训专科志愿 | 第一专业志愿（代码： ） | 第二专业志愿（代码： ） |
|  |  |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。本人亲笔签名： 填表日期： |
| 备注：培训对象须提供以下材料，请核对报名资料准备情况（请在方框内打“√”）： 1.身份证复印件 □ 2.学历、学位复印件 □  |