附件1

2024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/" \t "_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 | | | | | | | | | | | |