**附件：**

**住院医师规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | （照片黏贴处） | |
| 出生日期： | 类别： （单位委派、社会化） |
| 籍贯代码（身份证前6位，未知籍贯，请暂时填写370000 ）： | |
| 手机： | 身份证： |
| 籍贯： | 政治面貌： | | 电子邮箱： |
| 第一学历毕业学校： | 毕业时间： | 学历：  学制： | |
| 所学专业： | 学位（学士、硕士、博士、无）： | 医学学位（科学学位、临床学位、无）： | |
| 最终学历毕业学校： | 毕业时间： | 学历：  学制： | |
| 所学专业： | 学位（学士、硕士、博士、无）： | 医学学位（科学学位、临床学位、无）： | |
| 学历证书： | 学位证书： | | |
| 工作单位： | 目前技术职称（住院医师、主治医师、副主任医师、主任医师、无）： | | |
| 是否取得执业医师资格： | 发证日期： | 执业医师证书编码： | |
| 培训专科： | | | |
| 备注：只有一个学历者可只填写最终学历。 | | | |