附件2

**青海大学附属医院（临床医学院）2024年住院**

**医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月日 |  | 电子版蓝底免冠近照 |
| 性别 |  | 籍贯 |  |
| 民族 |  | 健康状况 |  |
| 特长 |  | 身高 |  | 体重 |  |
| 英语级别 |  | 计算机级别 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 所学专业 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 是否取得执业医师资格证书 |  | 证书取得时间 |  | 证书编号 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号码 |  |
| 是否为免费订单定向医学毕业生 |  | 是否单位委托培训 |  | 委培单位 |  |
| 培训专业志愿（最多填报3个）第一： 第二： 第三： |
| 家庭住址（精确到门牌号）： 邮编： |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 家庭主要成员联系方式 |  |
| 电子邮箱 |  | 其它联系方式 |  |
| **工作（实习）经历** |
| 临床工作起始时间 | 医院名称 | 医院级别 | 证明人 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **教育经历（包括高中以上学历）** |
| 时间 | 国籍 | 毕业院校 | 专业 | 学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 紧急联系人 | 姓名 | 关系 | 联系电话 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 备注 | 报考医师本人承诺：所提供报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任：报考医师签名：报 考 日 期： |