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： | | | | | | | | | |