附件3：

**聊城市人民医院2016年住院医师规范化培训委培学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸免冠红底彩色正面照片 |
| 民族 |  | 身份证号 |  |
| 第一学历学位 | 学历及学位 |  | 学位类别 |  |
| 毕业时间、院校、专业 |  |
| 最终学历学位 | 学历及学位 |  | 学位类别 |  |
| 毕业时间、院校、专业 |  | 健康情况 |  |
| 是否取得医师资格 | 资格证书编号 |  |
| 执业证书编号 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 原从事专业 |  | 申请培训专业 |  |
| 所在单位意见 |   单位盖章 2016年　　月　　日 |