附件一

**聊城市人民医院2017年度住院医师规范化培训单位人报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | | 近期  一寸蓝底  免冠彩色  正面照片 | |
| 民族 |  | 身份证号 |  | | | |
| 第一  学历  学位 | 学位  类别 |  | 学历  学位 |  | | |
| 院校 |  | 所学  专业 |  | 毕业  时间 |  |
| 最终  学历  学位 | 学位  类别 |  | 学历  学位 |  | | | 政治面貌 |  |
| 院校 |  | 所学  专业 |  | 毕业  时间 |  | 健康  情况 |  |
| 原从事专业 |  | 申请住  培专业 |  | | 是否服从调剂  （是或否） | |  | |
| 手机号码 | |  | | E-mail |  | | | |
| 医师资格证书编号 | |  | | | | | | |
| 医师执业证书编号 | |  | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | |
| 所在单位  意见 | | 是否同意该医师参加  住院医师规范化培训：  单位公章  2017年8月 日 | | | | | | |