**徐州医科大学附属医院**

**社会化住院医师培训学员报名登记表**

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓名 |  | | | | 性别 |  | | 出生年月 |  | （贴照片处） |
| 政治面貌 |  | | | | 民族 |  | | 健康状况  （既往病史） |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | |
| 外语水平 |  | | | | 计算机能力 | |  | | |  |
| 最高学历 |  | | | | 毕业证书编号 | |  | | | |
| 最高学位 |  | | | | 学位证书编号 | |  | | | |
| 学位类型 | □科学型 □专业型 | | | | 通讯地址 | |  | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | 住宅电话 | |  | | 手机 |  |
| **报名情况** | 报考培训专业 | | | |  | | | 执业范围 | |  | |
| 医师资格证书取得时间 | | | |  | | | 医师资格证书编号 | |  | |
| 医师执业证书取得时间 | | | |  | | | 医师执业证书编号 | |  | |
| 是否接受调剂 | | |  | 调剂意向 | | | **1 2 3** | | | |
| **教育情况** | 入学日期 | | 毕业日期 | | 学校名称 | | | 专业 | | 学历 | 学位 |
|  | |  | |  | | |  | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | |  |  |
| **工作情况** | 工作时间 | | | | 单位名称 | | | 单位级别 | | 从事岗位 | |
|  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | |
| **个人承诺** | **1、本人承诺以上信息真实可靠。**  **2、本人自愿全程在徐州医科大学附属医院接受住院医师规范化培训。**  本人签字：年 月 日 | | | | | | | | | | |

徐州医科大学附属医院 教育处制表