**附件 湛江中心人民医院2025年住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 |  | 近期彩照  （必填） | |
| 民 族 |  | 籍 贯 | |  | 身高（cm） |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 | |  | 婚姻状况 |  |
| 学 历 |  | 学 位 | |  | 专 业 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 | |  | 医师  资格证 | 有( ) 无( ) | | |
| 英语水平 |  | 职 称 | |  | 医师  执业证 | 有( ) 无( ) | | |
| 规培身份 | 社会人( )  单位人( ) | 第一志愿专业 | |  | 第二志愿专业 |  | | |
| 单位人所在委培单位意见(须盖章) |  | | | | 本人身份证号及联系电话 |  | | |
| 教育经历（从本科填起） | 起止年月 | | 学校名称及专业 | | | 文化程度 | | 是否全日制 |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
| 实习经历 | 起止年月 | | 实习单位名称 | | | 实习科室 | | 岗位 |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
| 工作经历 | 起止年月 | | 工作单位名称 | | | 科室/部门 | | 岗位/职称 |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
| 专业技能 |  | | | | | | | |
| 校内外任职、所获奖项、特长等 |  | | | | | | | |

本人签名： 填表日期：

**说明：请如实、准确填写，报名表控制在一页内，可根据内容自行调整表格。**