

## 汕头市中心医院 2017 年住院医师规范化培训报名表

姓名		性别		出生年月		相片 粘 贴 处
身份证号		民族		籍贯		
家庭住址		手机号 (移动)		健康状况		
毕业院校		院校录取 批次 (√)	一批 <input type="checkbox"/>	毕业专业		
			二批 A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			
毕业时间	年 月	学位		研究生 类别	专业型 <input type="checkbox"/> 科学型 <input type="checkbox"/>	
英语等级		计算机 等级		特长		
已取得执业 资格证	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	执业类别	临床 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/>	是否 应届生	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
培训经历	既往是否参加规范化培训：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已有培训经历者填写：____年__月至____年__月于_____基地（三甲医院） 参加_____专业的住院医师规范化培训，已完成轮转科目及轮转时间：					
本人保证所提交信息的真实性，与规培管理平台报送信息一致，并能提供相关信息的佐证材料。 如有虚假，本人愿意承担由此引发的一切后果。						
本人签名：_____ 年 月 日						
报考信息填写栏						
学员类别	专业基地名称	专业基地代码	单位名称			
本单位学员			汕头市中心医院			
社会学员	1、		注：按志愿顺序依次录取  2、3 为调剂志愿，不服从调剂者请勿填写			
	2、					
	3、					
委托培养 学员			委培协议单位：			
	委培单位意见：		单位联系人姓名：			
	单位负责人签名（公章）：		单位联系电话：			