

2018 年度汕头市中心医院住院医师规范化培训学员报名表

姓名		性别		出生年月		相片 粘 贴 处
身份证号		民族		籍贯		
政治面貌		婚姻状况		健康状况		
英语等级		计算机等级		特长		
现居住地址				手机号码		
本科教育	毕业院校 (全日制)			毕业专业		
	毕业时间	年 月	实习单位			院校 录取批次 (√)
研究生教育	毕业院校 (全日制)			毕业专业	第一批 () 第二批 A () B () 第三批 A () B ()	
	毕业时间	年 月	实习单位			研究生 类别
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"/>		往届生 <input type="checkbox"/> 应届生 <input type="checkbox"/>
工作或培 训经历 (无经历 者不需填 写)	起止年月		培训单位		轮转专业	形式 (工作/培训)
	年 月	年 月				
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">本人签名：_____ 年 月 日</p>						

注：请先下载并打印空白表格（共 2 页），按要求填写（蓝黑水笔，不得缺项），扫描件发送邮箱。