**附件1：**

**2016年全市中医住院医师规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 民 族 | | | | |  | | | 粘贴2寸彩色近期免冠照片 |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 | | |  | | | | | | | |
| 毕业学校 |  | | 毕业时间 | | |  | | | 学制 | | |  | |
| 学 历 |  | | 学位 |  | | 所学专业 | | | |  | | | |
| 培训专业 |  | | | 手机： | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 学历证号 |  | | | | 学位证号 | | |  | | | | | | |
| 执业证书编码 | |  | | | | | 执业证书发证日期 | | | | | |  | |
| 资格证书编码 | |  | | | | | 资格证书发证日期 | | | | | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 送培单位意见 | （盖章 ）        年  月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 县区卫计局意见 | （盖章 ）          年  月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 培训基地意见 | （盖章 ）          年  月 日 | | | | | | | | | | | | | |