

# 泸州市中医医院

## 中医（全科）住院医师规范化培训学员

### 报名表

姓 名		性 别		出生日期	年 月 日	一寸 彩色 近照
政治面貌		籍 贯		民 族		
学 历		专 业		毕业院校		
毕业时间		职 称		计算机等级		
婚姻状况		身 高		外语等级		
性格自我评价	力量型 <input type="checkbox"/> 活泼型 <input type="checkbox"/> 完美型 <input type="checkbox"/> 平和型 <input type="checkbox"/>			学习成绩自我评价	很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 很差 <input type="checkbox"/> 成绩绩点（ ）	
本人意向培训专业	主基地：泸州市中医医院 <input type="checkbox"/> 协同单位：成都市新都区中医医院 <input type="checkbox"/> 宜宾市中西医结合医院 <input type="checkbox"/> 培训专业：中医 <input type="checkbox"/> 中医全科 <input type="checkbox"/>					
培训身份	社会学员 <input type="checkbox"/> 单位委培学员 <input type="checkbox"/>					
本人意向定科专业	内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 妇科 <input type="checkbox"/> 儿科 <input type="checkbox"/> 眼耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 骨伤科 <input type="checkbox"/> 针灸推拿科 <input type="checkbox"/> 急诊 <b>ICU</b> <input type="checkbox"/> 其他（ ）					
有何文体特长				身份证号		
本人联系方式				电子邮件		
家庭地址				紧急联系人姓名及电话		
学习及实习工作经历（请大学开始填写）	起 止 时 间	所在学校或工作单位			学 历	
何时何地因何原因受过何种奖励或惩罚						
请核对报名所需资料请在方框内打“√”	<input type="checkbox"/> 本报名表		<input type="checkbox"/> 个人简历		应届毕业生就业推荐表、成绩单或学生证 <input type="checkbox"/> 原件 <input type="checkbox"/> 复印件	
	往届生本科及以上学历证明 <input type="checkbox"/> 原件 <input type="checkbox"/> 复印件		荣誉证书 <input type="checkbox"/> 有, 请注明: <input type="checkbox"/> 无		<input type="checkbox"/> 身份证复印件	

个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。

本人亲笔签名：