**附件1**

**乐山市人民医院住院医师规范化培训报名表（2024年）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  姓名 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 性别 |  | 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 民族 |  | 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 有何特长 |  | 体重 |  | 身高 |  |
| 英语水平 |  | 最高学历 |  | 社会兼职 |  |
| 所学专业 |  | 学位 |  | 有无医师资格证 |  |
| 平均成绩 |  | 年级排名 |  | 年级总人数 |  |
| 最后毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  | 是否应届生 |  |
| 是否往届生 |  | 是否单位委托培训 |  | 委培医院 |  |
| 培训专业基地志愿： 第一： 第二： 第三： |
| 是否服从调配： |
| 生源地省市[县] 区 |
| 家庭住址: 家庭电话: 邮编:  |
| 本人联系方式 | 手机 |  | 宿舍电话 |  |
| E-mail |  | 其它方式 |  |
| 工作（实习）经历 |
| 临床工作起止时间 | 时间长度 | 医 院名 称 | 医 院级 别 | 科 室 | 职 称 | 证明人 | 证明人现任何职 | 证明人联系电话 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 参加住院医师规范化培训最大的愿望 |  |
| 参加住院医师规范化培训最大的顾虑 |  |
| 履历（包括高中以上学历） |
| 年月日-年月日 | 何 单 位 | 任何职 | 离开方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 父母联系信息（必填） | 姓名 | 关系 | 工作单位 | 联络方法 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注 |  |