广西国际壮医医院

中医住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | （近三月白底小两寸彩照） |
| 年龄 |  | 身高 |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  |
| 政治面貌 |  | 婚育状况 | 未婚□已婚□ 生育□ |
| 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 英语考级 |  |
| 身份证号 |  | 是否有医师资格 |  |
| 培训志愿 | 中医方向□  |
| 通讯地址 |  | 实习单位 |  |
| 联系方式 | 手机号码 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 其它方式 |  |
| 学习/工作期间所受奖励（只需提供专业奖项扫描件） |    |

|  |
| --- |
| 学习及工作经历（包括本科以上学历、临床轮训经历、历届毕业生毕业前后经历） |
| 年月日至年月日 | 单位名称 | 身份 | 证明人 | 联系方式 |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 申请人意见 | 本人自愿申请参加广西国际壮医医院中医住院医师规范化培训。是否服从基地专业调配：□服从 □不服从              签名          年  月  日 |
| 单位证明（历届生） | 该同志曾在我院进行临床工作 年/月。（单位盖章）  |
| 备注 |  |

住院医师规范化培训管理部联系方式：19117528863、19117528763，邮箱:gxgjzyyyzp@163.com

住院医师规范化培训管理部地址：临床实训楼2楼（南宁市良庆区秋月路8号广西国际壮医医院）

请认真如实填写相关资料，如一经发现伪造，后果自负。