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 |  | 籍贯 |  |
| 民族 |  | 参培类型：社会/委培/定向 |  |
| 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 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 英语等级 |  |
| 身份证号 |  | 是否有执业医师资格 |  |
| 培训专业 | 中医方向□ 中医（壮医）方向□ 中医全科方向□  |
| 通讯地址 |  | 单位（实习/工作/委培） |  |
| 联系方式 | 手机号码 |  | QQ号码 |  |
| 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（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住院医师规范化培训，并承诺报考信息均为真实信息，如有虚假信息，录取后接受退培处理。              签名（手印）           年  月  日 |
| 单位意见（委培学员） | 该同志已与我单位充分沟通委托培养事宜，我单位同意该同志以委托培养的方式参加住院医师规范化培训，并保障该同志在委托培养期间相应待遇。（单位名称及公章）   |
| 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 |  |

报名联系方式：电话：0771-3376638 邮箱:gxgjzyyyzp@163.com

地址：广西国际壮医医院临床实训楼2楼住院医师规范化培训管理部

请认真如实填写相关资料，如一经发现伪造或提供虚假信息，后果自负。