附件

2017年河南省中医住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 电子照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 户口所在地 |  | 邮编 |  |
| 手机号 |  | 电子邮箱 |  |
| 最后毕业学校 |  | 英语水平 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 医师执业证书编号 |  |
| 紧急联系人姓名 |  | 与本人关系 |  |
| 紧急联系人电话 |  | 拟申报培训基地 |  |
| 教育经历（从大学开始填起） |
| 时间 | 所在学校 | 专业 | 学历 | 学位证书编号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 |
| 时间 | 工作单位 | 从事岗位 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 委派单位意见（面向社会招收的培训对象可不填此栏）： （盖章） 年 月 日 |