附件1

**西南医科大学附属口腔医院住院医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 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 |  | 医师执照号 |  |
| 平均成绩 |  | 年级排名 |  | 年级总人数 |  |
| 最后毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 是否应届生 |   | 是否往届生 |   | 身份证号 |  |
| 是否单位委托培训 |   | 委培医院 |   |
| 培训专业志愿 |  第一：  | 第二： | 第三： |
| 生源地 |  | 邮 编 |  |
| 家庭详细住址 |  | 家庭电话 |  |
| 本人联系方式 | 手机 |    | 家庭电话 |  |
| E-mail |   | 其它方式 | QQ：  |
| 本  人 工 作 经 历 |
| 临床工作起止时间（年/月/日） | 医院名称 | 医院级别 | 科室 | 职称 | 职务 | 证明人 | 证明人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加住院医师培训最大愿望 |  |
| 参加住院医师培训最大顾虑 |  |
| 履历（包括高中以上学历） |
| 起止时间（年/月/日） | 单位 | 职务 | 离开方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 泸州市区的联系人员 | 姓名 | 关系 | 工作单位 | 联络方法 |
|  |  |   |  电话： |

备注：本人如实、完整填写上表，递交资料时请带毕业证、学位证、英语成绩证明、医师执业资格证、身份证原件备查。

附件2

**委托培训函**

西南医科大学附属口腔医院：

\*\*\*\*\*医院为\*\*级\*\*等 综合型/专科型 医院，医院性质为\*\*\*。为提高临床医师能力，经医院讨论决定特委派 \*\* （性别： \*\* ，职称： \*\* ，身份证号： \*\*\* ）到贵院参加住院医师规范化培训。

单位人事部门联系人：

职务：

联系电话：

单位名称（盖章）

 年 月 日