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