**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 | |  | | | 贴  一  寸  彩  照 | |
| 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 | |  | | |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 | | |  | | | 学位 | |  | | |
| 专业 |  | 英语等级 | | |  | | | 计算机水平 | |  | | |
| 平均成绩 |  | 年级排名 | | |  | | | 年级总人数 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | 医师资格证号 | |  | | | |
| 报考学员类型 | □社会人 □单位人 | | | | | 委培医院 | | |  | | | | | |
| 培训专业志愿 | 第一志愿： | | | | | 第二志愿： | | | | | 是否服从调剂：□是 □否 | | | |
| 生源地 |  | | | | | | | | 邮编 | |  | | | |
| 通讯住址 |  | | | | | | | | 家庭电话 | |  | | | |
| 本人联系方式 | 手机 | |  | | | | | | 其他电话 | |  | | | |
| E-mail | |  | | | | | | QQ | |  | | | |
| 履历（包括高中以上学历、本 人实习或工作经历） | | | | | | | | | | | | | | |
| 年月日-年月日 | 学校或单位名称 | | | 专业 | | | 学历 | | 工作岗位 | | 职务 | 证明人 | | 证明人  联系电话 |
|  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 获奖情况  （以证书为准） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人意见 | 本人申请参加西南医科大学口腔医院住院医师规范化培训，承诺以上报名信息属实，遵守医院相关制度，服从基地培训安排。  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见  （委培学员填写） | 经本单位研究决定同意委派 到贵院参加住院医师规范化培训，并按照贵院相关要求落实其相关待遇。  单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

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。