**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。