附件1

西 南 医 科 大 学 附 属 口 腔 医 院

专 科 医 师 规 范 化 培 训 报 名 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | 性  别 |  | | | 一  寸  彩  色  近  照 | |
| 出生年月 |  | | 籍  贯 |  | | |
| 民  族 |  | | 政治面貌 |  | | |
| 既往病史 |  | | 健康状况 |  | | |
| 婚姻状况 |  | | 英语等级 |  | | |
| 学 历 |  | | 学 位 |  | | |
| 有何特长 |  | | 是否应届  毕业生 | □是 □否 | | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | | | | |
| 毕业专业 |  | | 身份证号 |  | | | | |
| 中级职称证  编号 |  | | 医师资格证编号 |  | | | | |
| 报考培训专业 |  | | 报考年份 |  | | | | |
| 是否单位  委托培训 | □是 □否 | | 委培医院 |  | | | | |
| 是否服从调剂 | □是 □否 | | 调剂志愿专业： | | | | | |
| 通讯住址 |  | | | 家庭电话 | |  | | |
| 本人联系方式 | 手机 |  | | 家庭电话 | |  | | |
| E-mail |  | | 其它方式 | | QQ： | | |
| 学习及工作履历（本科以上学习、临床轮训经历等） | | | | | | | | |
| 年月日至年月日 | 学校或医院名称 | | 专业或科室 | 职称 | 离开方式 | | 证明人 | 证明人  联系电话 | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 申请人意见 | 本人承诺以上报名信息真实，自愿以培训学员身份参加西南医科大学附属口腔医院专科医师规范化培训。  申请人签字：  日期： 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、英语登记证明、医师资格证、中级职称证、身份证原件备查