**附件1：（行数不足，可自行增加行数）**

**南方医科大学第三附属医院住院医师规范化培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 一寸彩照 |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 身高 |  |
| 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 第一学历 |  | 第一学位 |  | 所学专业 |  |
| 第一学历毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 是否应届 | 是 / 否 |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 所学专业 |  |
| 最高毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 是否应届 | 是 / 否 |
| 外语等级 | \_\_\_语级 | 医师资格证 | 有 / 无 | 医师执业证 | 有 / 无 |
| 培训志愿（培训专业） | 第一志愿专业： | **是否服从调剂** | 是🞎 / 否🞎 |
| 第二志愿专业： |
|  |
| 通讯地址 |  | 身份证号 |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 其它方式 |  |
| 学习/工作期间所受奖励 |  |
| 学习及工作经历（包括本科及以后的学习经历、临床轮训经历、往届毕业生毕业前后经历） |
| 年月日至年月日 | 单位名称 | 身份 | 证明人 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |
| 姓名 | 关系 | 工作单位 | 联系方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请人意见 | 本人自愿参加住院医师规范化培训，并遵守培训协议。签名:年月日 |
| 所在学校或单位意见 | 签名（盖章）年月日 |