**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 | | | | | | | | | |