**淄博市中心医院2024年住培预报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸证件照 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 健康状况（既往病史） |  |
| 身份证号 |  |
| 外语水平 |   | 拟从事专业 |  |
| 最高学历 |  | 毕业证书编号 |  |
| 学位类型 | □科学型 □专业型 | 通讯地址 |  |
| 原始学历 |  | 毕业证书编号 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机 |  | 联系人电话 |  |
| **报名情况** | 报考培训专业 |  | 执业范围（有、无） |  |
| 医师资格证书取得时间 |  | 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书取得时间 |  | 医师执业证书编号 |  |
| **专业教育情况** | 入学日期 | 毕业日期 | 学校名称 | 专业 | 学历 | 学位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **现工作情况** | 工作时间 | 聘用单位名称 | 聘用单位级别 | 从事岗位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **备注** |  本人承诺既往无录取后未报到或无故自行退出住培，目前未在其他住培基地培训，及无其他不符合报考条件。 本人签字： 年 月 日  |
| **委培单位意见（单位人必填）** | 本单位同意该同志参加 年 专业住院医师规范化培训。 单位负责人： （单位公章）  年 月 日 |