**盐城市第三人民医院住院医师规范化培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 出生年月 |   | 贴照片处 |
| 政治面貌 |   | 民 族 |   | 籍 贯 |   |
| 电子邮箱 |   | 紧急联系人 |   | 联系电话 |   |
| 身份证号 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 外语水平 |   |
| 手机号码 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 最高学历 |   | 最高学位 |   |
| 申请培训专业 |   | 是否服从调配 |   |
| 高等教育经历 | 起止年月 | 毕业院校 | 专业 | 毕业后学位（学术型、专业型） |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位 | 科室 | 获奖与社会工作 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| 是否通过执业医师考试 |   |