附 件

河南省儿童医院2019年河南省住院医师

规范化培训报名表

|  |
| --- |
| 个人基本情况 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 出生年月 |  | 婚姻情况 |  | 身份证号码 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 学位 |  | 毕业时间 |  | 毕业专业 |  |
| 毕业院校 |  | 是否取得医师资格 |  | 电话号码 |  |
| 健康状况 |  | 学员类型 | □单位人 □委培 □社会人 |
| 工作单位 |  | 单位联系人及职务 |  | 单位联系人及电话 |  |
| 申请报名———志愿信息 |
| 培训医院 | 拟培训专业 | 是否同意调剂专业 | 培训期间是否打算考研 |
|  |  |  |  |
| 请工整填写“我承诺以上信息真实可靠” ———————————— |
| 个人签字： 日期： 年 月 日 |