**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 |  | |  |
| 出生日期 |  | 婚姻情况 | |  | 证件号码 |  | |
| 生源地 |  | 学历 | |  | 学位 |  | |
| 英语水平 |  | 毕业时间 | |  | 毕业院校 |  | | |
| 有何职称 |  | 执业证书 | |  | 医学专业 |  | | |
| 培训年度 |  | 健康状况 | |  | 政治面貌 |  | | |
| 学员类型 |  | | | | 联系手机 |  | | |
| 所属单位 |  | | | | 单位联系人 |  | | |
| 单位联系人电话 |  | | | | 协同医院 |  | | |
| **申请报名-志愿信息** | | | | | | | | |
| 培训医院 | | | 培训学科 | | | | 是否同意调剂 | |
|  | | |  | | | |  | |
| 请填写“我承诺以上信息真实可靠” | | | | | | | | |
| 签字 日期 | | | | | | | | |