附件

烟台市烟台山医院2023年

住院医师规范化培训招生报名申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩色近照 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 身份证号 |  | 报考专业 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 报考人员身份 | 单位委派 □ 社会化 □ | 是否具备 | 医师资格证书 □ 专业 医师执业证书 □ 执业范围  |
| 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 |
| 委委培对象所在单位意 见 | 本单位同意该同志于 年到贵基地参加 专业住院医师规范化培训。 单位负责人： （单位公章） 年 月 日 |
| 培训基地意 见 | 同意该同志参加 年 专业住院医师规范化培训。 负责人： （公章） 年 月 日 |
| 备 注 |  |