

附件 1:

无锡市第二人民医院

住院医师培训学员报名登记表

基本情况	姓名		性别		出生年月		(贴照片处)
	政治面貌		民族		健康状况		
	身份证号						
	外语水平		计算机能力				
	最高学历		毕业证书编号				
	最高学位		学位证书编号				
	学位类型	☐ 科学型 ☐ 专业型		通讯地址			
	电子邮箱			住宅电话		手机	
报名情况	报考人员类型		☐ 委托培养住院医师 ☐ 社会化住院医师				
	报考培训专业			执业范围			
	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			
教育情况	入学日期	毕业日期	学校名称	专业		学历	学位
工作情况	工作时间		单位名称	单位级别		从事岗位	
个人承诺	1、本人承诺以上信息真实可靠。 2、本人自愿全程在无锡市第二人民医院接受住院医师规范化培训。 本人签字：_____年 月 日						
委派单位意见	本单位同意委派该住院医师全程在无锡市第二人民医院接受住院医师规范化培训，并承诺不会因单位工作等原因将该学员调回，且在培训期间将接受培训基地的各项管理。 (社会化住院医师无需填写) 院长签字：_____单位盖章：_____年 月 日						