**江苏省肿瘤医院**

**附件：**

**住院医师规范化培训学员报名申请表**

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | 出生年月 | | |  | | | | | | 贴照片处 | | |
| 政治面貌 | |  | 民族 | |  | 毕业届别 | | |  | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | 联系电话 | |  | | | | | | 英 语  水 平 | | | |  |
| 手机号码 | |  | | | | | 最 高  学 历 | | |  | | | 最 高  学 位 | | | |  |
| **申请培训专业** | | □放射肿瘤科 □麻醉科 □放射科 □超声医学科 □临床病理科 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **高**  **等**  **教**  **育**  **经**  **历** | | 起止年月 | | 毕业院校 | | | | 专业 | | | 学历 | | | | | 学位 | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **工**  **作**  **经**  **历** | | 起止年月 | | 工作单位 | | | | 科室 | | | 获奖与社会工作 | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | | | |
| 是否取得执业医师资格 | | | | □是 □否 | | | | 是否注册执业医师 | | | | | | □是 □否 | | | |
| **若已注册执业医师请填写执业范围：** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺以上信息真实可靠。 签字： 日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **委**  **培**  **学**  **员**  **填**  **写** | 选送单位 | | |  | | | | | | | | 医院等级 | | | |  | |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | | 单位联系人 | | | |  | |
| 联系人电话 | | |  | | | | | | | | 是否递交委培公函 | | | |  | |
| 单位意见： 盖章： 日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | |