附件2

**南京市第二医院住院医师规范化培训社会化住院医师报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  （既往病史） |  |
| 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 | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| **报名情况** | 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（本科起填）** | 入学年月 | | | 毕业年月 | 学校名称 | | | 专业 | | 学历 | 学位 |
|  | | |  |  | | |  | |  |  |
|  | | |  |  | | |  | |  |  |
|  | | |  |  | | |  | |  |  |
| **工作情况** | 工作起止年月 | | | | 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。且未与任何单位签订劳动合同，以个人身份报名参加住院医师规范化培训。**  **2.本人自愿全程在南京市第二医院接受住院医师规范化培训。**  本人签字：年 月 日 | | | | | | | | |