附件2：

**聊城市人民医院2016年住院医师规范化培训社会化学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 近期一寸免冠红底彩色正面照片 | |
| 民族 |  | 身份证号 | |  | | | |
| 第一学历  学位 | 学历  及学位 |  | | 学位类别 |  | | |
| 毕业时间、院校、专业 | |  | | | | |
| 最终学历学位 | 学历  及学位 |  | | 学位类别 |  | | |
| 毕业时间、院校、专业 | |  | | | | | 健康  情况 |  |
| 申请培训专业 | |  | | | 是否服从调剂  （是或否） | | |  | |
| 英语水平 | | 四级： 分  六级： 分 | | | 联系电话 |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | |
| 个人简历（从高中后开始填写） | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | 学习或工作单位 | | | 职务 | | 证明人 | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | | |