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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |