附件3：

**聊城市人民医院2016年住院医师规范化培训委培学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |
| 是否取得  医师资格 | | 资格证书编号 | |  | | | | | |
| 执业证书编号 | |  | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | |
| 原从事专业 | |  | | | | 申请  培训专业 |  | | | |
| 所在单位  意见 | | 单位盖章  2016年　　月　　日 | | | | | | | | |