附件一

**聊城市人民医院2017年度住院医师规范化培训单位人报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 近期一寸蓝底免冠彩色正面照片 |
| 民族 |  | 身份证号 |  |
| 第一学历学位 | 学位类别 |  | 学历学位 |  |
| 院校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最终学历学位 | 学位类别 |  | 学历学位 |  | 政治面貌 |  |
| 院校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  | 健康情况 |  |
| 原从事专业 |  | 申请住培专业 |  | 是否服从调剂（是或否） |  |
| 手机号码 |  | E-mail |  |
| 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书编号 |  |
| 通讯地址 |  |
| 工作单位 |  |
| 所在单位意见 | 是否同意该医师参加住院医师规范化培训：单位公章2017年8月 日 |