**扬州大学附属医院**

**住院医师规范化培训学员申请表**

**申请表编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | | |  | | 出生年月 | |  | | | 贴照片处 | |
| 政治面貌 | |  | | | 民 族 | | |  | | 籍 贯 | |  | | |
| 电子邮箱 | |  | | | 最高学历 | | |  | | 学 位 | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | 外语水平 | |  | | |
| 手机号码 | |  | | | | 紧急联系人、电话 | | | |  | | | | |
| **申请类别** | 人员类别 | | | □单位人 □社会人 | | | | | | | | | 是否外单位委培 | | |  |
| 申请培训专业 | | |  | | | | | | | | | 是否服从调配 | | |  |
| **委培学员填写** | 选送单位 | | |  | | | | | | | | | 医院等级 | | |  |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | | | 单位联系人 | | |  |
| 联系人电话 | | |  | | | 是否递交在职证明 | | | |  | | 是否递交委培公函 | | |  |
| **高等教育经历** | 起止年月 | | 毕业院校 | | | | | | 专业 | | 毕业后学历学位 | | | 获奖与社会工作 | | |
|  | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| **工作经历** | 起止年月 | | 工作单位 | | | | | | | | 科室 | | | 获奖与社会工作 | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | |  | | |
| 是否取得执  业医师资格 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | | | 提交申请表时请附：1.身份证复印件一份；2.应届生：毕业生就业推荐表和成绩单原件及复印件一份；往届生：毕业证书及学位证书原件及复印件一份；研究生应同时提交本科和研究生学历、学位证书原件及复印件各一份；3.医师资格证书与医师执业证书原件及复印件各一份（如果有）；4.委培学员在职证明及单位委培公函。  **地址：扬州市邗江中路368号 扬州大学附属医院行政楼四楼规培办 邮编 225009** | | | | | | | | | | | | | |