广西中医药大学第一附属医院

中医住院医师/全科医生规范化培训（培养）报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | （近三月白底小两寸彩照） |
| 年龄 |  | 身高 |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  |
| 政治面貌 |  | 婚育状况 | 未婚□已婚□ 生育□ |
| 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 英语考级 |  |
| 身份证号 |  | 是否有医师资格 |  |
| 培训志愿 | 中医方向□ 中医全科方向□ （定向□ 非定向□ ） |
| 通讯地址 |  | 实习单位 |  |
| 联系方式 | 手机号码 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 其它方式 |  |
| 学习/工作期间所受奖励（只需提供专业奖项扫描件） |    |

|  |
| --- |
| 学习及工作经历（包括本科以上学历、临床轮训经历、历届毕业生毕业前后经历） |
| 年月日至年月日 | 单位名称 | 身份 | 证明人 | 联系方式 |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 申请人意见 | 本人自愿申请参加广西中医药大学第一附属医院中医住院医师/中医全科医生规范化培训（培养）。是否服从基地专业调配：□服从 □不服从              签名          年  月  日 |
| 单位证明（历届生） | 该同志曾在我院进行临床工作 年/月。（单位盖章）  |
| 备注 |  |

医务部联系方式：电话：0771-5892239、5848661, 邮箱:gzygp20@163.com

医务部地址：医院办公楼五楼（南宁市青秀区东葛路89-9号）

请认真如实填写相关资料，如一经发现伪造，后果自负。