住院（全科）医师规范化培训申请表

选送单位：

姓 名：

申报专业：

培训类别：□住院医师 □全科医师

山东省滨州市人民医院

年 月 日

**说 明**

1. 联系电话请填写本人手机，有执业证书，请填写执业范围；无执业证书执业范围可空缺，请填写所申请培训专业。
2. 本表格填写后，由选送单位盖章。申请人身份证、毕业证（第一学历、第二学历）、学位证、执业资格证、执业医师证的复印件一并提交。
3. 本表格请认真填写，如有弄虚作假不予接受，由此引发后果本基地保留追诉权利。
4. 无单位学员选送单位可不填写

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | | 性别 |  | | 出生年月 | | |  | | 贴  照  片 |
| 婚姻状况 | | |  | | 政治面貌 | | |  | | | 民族 | |  |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | | 单位邮编 | | | |  |
| 参加工作时间 | | | |  | | | | 工作科室 | | | |  | | |
| 有无执业证书 | | | |  | | | | 执业范围 | | | |  | | |
| 第一学历 | | | |  | | | | 所学专业 | | | |  | | |
| 最高学历 | | | |  | | | | 所学专业 | | | |  | | |
| 学位类别 | | | |  | | | | 毕业时间 | | | |  | | |
| 主要学习经历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 工作经历及业务能力 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | | （请认真核实后盖章）  盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | |