**永州市中心医院2024年度住院医师规范化培训报名表**

|  |
| --- |
| 个人基本信息 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | （照片） |
| 出生日期 |  | 婚姻情况 |  | 政治面貌 |  |
|  是否住宿 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 职 称 |  | 执业证书 |  | 医学专业 |  |
| 培训年度 |  | 学 制 |  | 证件号码 |  |
| 是否网报 |  | 电子邮箱 |  | 固定电话 |  |
| 学员类型 |  | 联系手机 |  |
| 住址 |  |
| 健康状况 |  |
| 备注： |
| 申请报名：志愿信息 |
| 培训医院 | 培训学科 | 是否同意调剂 |
|  |  |  |
| 所在单位意见： |
| 我承诺以上信息真实可靠本人签字： 日期： 年 月 日 |