南京市江宁医院2023年住院医师规范化培训报名登记表

序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 健康状况（既往病史） |  |
| 籍贯 |  | 身份证号码 |  |
| 外语水平 |  | 计算机能力 |  |
| 最高学历 |  | 毕业证书编号 |  |
| 最高学位 |  | 学位证书编号 |  |
| 研究生学位类型 | 科学型（ ） 专业型（ ） | 是否为农村订单定向免费培养医学毕业生 |  是（ ） 否（ ） |
| 通讯地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 手机号码 |  | 紧急联系人姓名（注明关系） |  | 紧急联系人手机号码 |  |
| **报 名 情 况** | 报考培训专业 |  | 调剂专业 |  |
| 医师资格证书取得时间 |  | 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书取得时间 |  | 医师执业证书编号 |  |
| 既往是否曾参加住院医师规范化培训 | 是（ ） 否（ ） | 既往培训基地、培训专业、培训起止时间 |  |
| **教 育 情 况** | 入学日期 | 毕业日期 | 学校名称 | 专业 | 学历 | 学位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **工 作 情 况**  | 起止时间 | 单位名称单位级别 | 从事岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **个 人 承 诺** | **1、本人承诺以上信息真实可靠。**1. **本人自愿全程在南京市江宁医院接受住院医师规范化培训。**

本人签名：年 月 日 |

备注：1、“序号”由医院统一填写；2、请使用本人近半年内免冠电子照片；3、除“本人签名”处手写，其余内容录入后请“居中”排列，字体为“宋体”，字号为“小五”。