附件2：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 二寸免冠近照 |
| 出生日期 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 家庭住址 |  |
| 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 电子邮箱 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 是否应届毕业生 |  | 英语水平 |  |
| 身份来源 | □单位人 □社会人 | 派出单位 |  |
| 医师资格证 | □有 □无 | 医师资格证书号 |  |
| 执业医师资格证 | □有 □无 | 执业医师资格证书号 |  |
| 基地名称 | 淄博市中医医院 | 培训专业 |  |
| 是否选择协同基地 | □是 □否 | 协同基地名称 | □淄博市中西医结合医院□莒县中医医院 |  |
| 是否服从调剂 | □是 □否 |  |
| 教育背景（从高中写起） |
|  |
| 工作经历 |
|  |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。 |
| 本人亲笔签名： |  | 日期： |  |
| 注：主基地为淄博市中医医院，协同基地为淄博市中西医结合医院、莒县中医院 |

**2020年度淄博市中医医院中医住院医师规范化培训报名表**