附件1

编号：

江西中医药大学附属医院住院医师规范化培训考生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | 出生日期 | | 年 月 日 | | 一寸  彩色  近照 |
| 身 高 |  | | 体 重 | | |  | 民 族 | |  | |
| 学 历 |  | | 学 位 | | |  | 英语水平 | |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | | 毕业时间 | |  | |
| 健康状况 |  | | 血 型 | | |  | 既往病史 | |  | | |
| 政治面貌 |  | | 婚姻状况 | | |  | 家庭住址 | |  | | |
| 有何特长 |  | | | | | | 身份证号 | |  | | |
| 本人联系  方式 | 联系电话： 电子邮箱： | | | | | | | | | | |
| 家庭联系  方式 | 联 系 人： 联系电话： | | | | | | | | | | |
| 是否应届  毕业生 | □是 □ 否 | | | | 是否有执业医师证 | | | □有，执业范围 □无 | | | |
| 学习  和工作  经历  （请从  高中  开始  填写） | 起 止 时 间 | | | 所 在 学 校 或 单 位 | | | | | | 学历/工作岗位 | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
| 何时何地因何原因受过何种奖励或惩罚 | |  | | | | | | | | | |
| 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。  本人签名： 填表日期： | | | | | | | | | | | |
| 培训对象所在工作单位意见（有工作单位者填写）：  单位负责人： 年 月 日（盖章） | | | | | | | | | | | |
| 备注：培训对象须提供以下材料，请核对报名资料准备情况（请在方框内打“√”）：  1.报名表□ 4张一寸彩照□2.毕业生就业推荐表□ 3.毕业证□、学位证□原件/□复印件 4.加盖学校公章的成绩单□原件/□复印件5.个人简历□ 6.英语等级证书或成绩单 □有/□无 7.身份证复印件□ 8.医师资格证□、执业证□原件/□复印件9.医师资格证□ 10.所在单位人事部门或人才市场开具的存档证明□（对上述资料如不详实，培训基地有权拒收） | | | | | | | | | | | |

审核情况

|  |  |
| --- | --- |
| 所  在  单  位  或  毕  业  院  校  意  见 | 单位负责人： 单位盖章：  年 月 日 |
| 培  训  基  地  医  院  审  核  意  见 | 负责人： 盖 章  年 月 日 |
| 省  中  医  药  管  理  局  意  见 | 盖 章  年 月 日 |

此报名表须考生亲笔签名，贴好照片。