附件2

|  |
| --- |
| **国家中医类别住院医师规范化培训（无锡）基地****社会化学员申请表** |
| 报名序号： |  |  | 报名日期： 年 月 日 |
| **基本情况** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | (贴照片) |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 英语能力 |  | 计算机能力 |  |
| 最高学历 |  | 学历证书编号 |  |
| 最高学位 |  | 学位证书编号 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  | 兴趣特长 |  |
| **执业情况** | 医师资格证书取得情况 | □是 □否 |
| 医师资格证书编号 |  | 医师执业证书编号 |  |
| **报名情况** | 培训专业 | □ 中医 （二级专业： ） □ 中医全科 |
| 培训年限 | □3年（本科、科硕、科博）、□2年（临床型硕士）、□1年（临床型博士） |
| **教育情况** | 起止年月 | 毕业院校 | 专业 | 毕业后学历学位 | 获奖与社会工作 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **工作情况** | 起止年月 | 工作单位 | 科室 | 职称职务 | 获奖与社会工作 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **承诺** | 我承诺以上信息真实可靠，愿意在培训基地按规定全程完成住院医师规范化培训。 |
|  本人签名： 日期： 年 月 日 |
| **备注** | 提交申请表时请提供相关报名材料（具体材料见招生公告） |

备注：“培训类别”如果选“中医”，“二级专业”选择范围：中医内科、中医外科、中医妇科、中医儿科、针灸科、推拿科、中医康复科、骨伤科、中医耳鼻喉科、中医眼科。**请根据今后拟从事工作选择相关专业，谨慎填报。**