附件1

编号：

江西省住院医师规范化培训

申

请

表

 姓 名

 毕业学校

 申请时间

江 西 省 卫 生 计 生 委 制

**个 人 基 本 情 况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 一寸彩色近照 |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 民 族 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专 业 |  | 英语水平 |  | 健康状况 |  |
| 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： |
| 应届 毕业生 |  □是 □ 否 | 执业医师证 |  □有 □无 | 执业范围  |
| 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 |  |
| 培训专科志愿 | 第一专业志愿（代码： ） | 第二专业志愿（代码： ） |
|  |  |
| 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： 填表日期： |
| 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.身份证复印件 □ 2.学历、学位复印件 □  |

**审 核 情 况**

|  |  |
| --- | --- |
| 培训对象所在工作单位意见（有工作单位者填写）  |  经本单位研究，同意 同志要求参加 年 专业（专业代码 ）住培的申请。 （盖章） 单位负责人： 年 月 日 |
| 培训基地审核意见 |  同意 同志要求参加 年 专业（专业代码 ）住培的申请。 （盖章） 负责人： 年 月 日 |
| 培训基地主管部门意见 |  负责人： （盖章） 年 月 日 |
| 省卫生计生委意见 |  负责人： （盖章） 年 月 日 |

住院医师规范化培训专业代码

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 专业名称 | 培训专业代码 |
| 1 | 内科 | 0100 |
| 2 | 儿科 | 0200 |
| 3 | 急诊科 | 0300 |
| 4 | 神经内科 | 0600 |
| 5 | 全科 | 0700 |
| 6 | 外科 | 0900 |
| 7 | 外科（神经外科方向） | 1000 |
| 8 | 骨科 | 1400 |
| 9 | 妇产科 | 1600 |
| 10 | 耳鼻咽喉科 | 1800 |
| 11 | 麻醉科 | 1900 |
| 12 | 检验医学科 | 2100 |
| 13 | 放射科 | 2200 |
| 14 | 超声医学科 | 2300 |
| 15 | 放射肿瘤科 | 2500 |
| 16 | 口腔全科 | 2800 |