德州市人民医院住院医师规范化培训学员报名申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **照片**（一寸免冠红底彩色照片） |
| **民族** |  | **出生年月** |  |
| **政治面貌** |  | **所学专业** |  |
| **学　历** |  | **学　位** |  |
| **毕业时间** |  | **毕业学校** |  |
| **手机号码** |  | **身份证号** |  |
| **家庭住址** |  |
| **是否已经取得****医师资格证书** | **□是 □否** | **资格证号** |  |
| **是否注册** | **□是 □否** | **注册专业** |  |
| **申请培训专业** |  |
| **现工作单位** |  | **现从事专业** |  |
| **学习工作****经历****（大学起）** | **起止年月** | **在何单位学习和工作** | **科别/专业** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **单位意见****（章）** |  |

备注：社会化学员无需填写单位意见。