**附件2**

**江苏省中西医结合医院**

**“单位委托培养”住院医师规范化培训学员报名登记表**

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （贴照片处） |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外语水平 |  | 所在单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  | 手 机 |  |
| **报名情况** | 培训专业  | □ 中医 □ 中医全科 |
| 培训学科 | □ 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，□ 中医耳鼻喉，□ 中医眼科，□ 中医全科 |
| 培训时间 | □ 3年（ 本科、科硕、科博） □ 2年（临床型硕士） □ 1年（临床型博士） □其他 |
|  **教育情况** | 入学日期 | 毕业日期 | 学校名称 | 专 业 | 学 历 | 学 位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **在学校期间所经历的社会工作、任职及获奖情况** | 时 间 | 社会工作及任职情况 | 获奖情况 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **承诺** | 我承诺以上信息真实可靠。 签字： 日期： |
| **单位** |  签章： 日期： |