

附件 3

江苏省中西医结合医院
“社会化”住院医师规范化培训学员登记表

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		是否取得执业医师证书 (填写证书编号)					
	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	<input type="checkbox"/> 中医 <input type="checkbox"/> 中医全科						
	培训学科	<input type="checkbox"/> 中医内科, <input type="checkbox"/> 中医外科, <input type="checkbox"/> 中医妇科, <input type="checkbox"/> 中医儿科, <input type="checkbox"/> 中医骨伤科, <input type="checkbox"/> 针灸科、推拿科、 中医康复科, <input type="checkbox"/> 中医耳鼻喉, <input type="checkbox"/> 中医眼科 或者 <input type="checkbox"/> 中医全科						
	培训时间	<input type="checkbox"/> 3 年 (本科、科硕、科博) <input type="checkbox"/> 2 年 (临床型硕士) <input type="checkbox"/> 1 年 (临床型博士) <input type="checkbox"/> 其他						
教育情况	入学日期	毕业日期	学校名称	专业	学历	学位		
工作、任职及获奖情况 在学校期间所经历的社会	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:			

附件 4:

江苏省中西医结合医院
2019 年度“社会化”住院医师规范化培训学员招录参考书目

