附件1：

**淮安市中医院**

**中医住院医师规范化培训学员报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 所在单位 |  |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  | 手 机 |  |
| **报名意向** | 培训类别  | □ 中医 □ 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **主要家庭成员** | 关系 | 姓名 | 工作单位 | 联系方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **承诺** | 我承诺以上信息真实可靠。 签字： 日期： |
| **单位** | 经我单位审核，学员提供上述信息真实可靠。 公章： 日期： |