**本院医师进入规培申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请培训专业： （须与问卷星内所报专业一致）** | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | | 出生日期 | | |  |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | | 政治面貌 | | |  |
| 到院时间 |  | | 人员类别 | |  | | | 所在科室 | | |  |
| 已评聘职称 |  | | 职 务 | |  | | |  | | |  |
| 本科毕业院校 |  | | 本科毕业专业 | |  | | | 英语水平 | | | □未通过  □CET4级  □CET6级 □其他 |
| 硕士研究生  毕业院校 |  | | 硕士研究生  专业 | |  | | | 硕士研究生  类型 | | | □ 学术型  □ 专业型 |
| 博士研究生  毕业院校 |  | | 博士研究生  专业 | |  | | | 博士研究生  类型 | | | □ 学术型  □ 专业型 |
| 博士研究生学制类型 | □ 普通型  □ 硕博连读  □ 八年制 （传统型/加强型） | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | 医师执照类别 | | □ 临床  □ 其他 | 医师执照编号 | |  | | |
| 本人联系方式 | | | | | | | | | | | |
| 信息确认（必须签字确认） | 手机 |  | | | 紧急联系人 | | 姓名 | | |  | |
| E-mail |  | | | 手机 | | |  | |
| 本人承诺：以上填报信息均为真实信息，非全科定向生。如有作假，后果自负。    承诺人： （本人手写正楷签名）    日期： | | | | | | | | | | | |
| 所在科室意见 | 科室主任或教学主任签字：  日期： | | | | | | | | | | |
| 人力资源部意见 | 是否同意以本院委培身份进入住院医师规范化培训：  其他备注：  审核人： （部门盖章）  日期： | | | | | | | | | | |

**注意：此表请双面打印。填写好后，需所在科室签字、人力资源部签字盖章后纸质版交至毕业后培训部。**

毕业后培训部制