|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1：  2025年青岛市市立医院住院医师规范化培训学员报名表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | 出生年月 | | |  | | | | | 籍 贯 | | |  | | | | （1寸证件照黏贴） | |
| 民 族 | |  | 身高（cm) | |  | | 报考身份 | | | □外单位委培 □社会化 | | | | | | | | | | | |
| 身 份 证  号 码 | |  | | | | | 户口所在地 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 最高学历 | |  | 证书编号 | |  | | | | | | 毕业院校 | | | |  | | | | | | |
| 最高学位 | |  | 证书编号 | |  | | | | | | 毕业时间 | | | |  | | | | | | |
| CET等级 | |  | CET成绩 | |  | | | 手机号码 | | | |  | | | | | 邮 箱 | | | |  | | |
| 是否取得  医师资格 | |  | 资格证书编 号 | |  | | | 是否注册 | | | |  | | | | 注册证书编 号 | | |  | | | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | |  | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | | 从事专业 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 个人志愿  （专业按招生简章填写） | | | 第一志愿报考专业 | | |  | | | 第二志愿报考专业 | | | |  | | | | | | 是否服  从本基地内部专业调剂 | | | | □是□否 |
| 学 习 经 历 | 起 止 时 间 | | | 毕业学校及院系  （专科以上，按学历从高到低填写） | | | | | | | | | | 所学专业 | | | | | 教育形式  （全日制） | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 工作实习经历 | 起 止 时 间 | | | 实习/工作单位 | | | | | | | | | | 实习/工作 | | | | | 从事岗位及具体工作 | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 申请人承诺 | 本人申请参加青岛市市立医院住院医师规范化培训，保证全程在培训基地脱产培训，并遵守医院住培相关规章制度。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**青岛市市立医院教育培训科办公室电话：0532-85937827 邮箱：qdslyyjypxk@163.com**