|  |
| --- |
| 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**