**中山大学肿瘤防治中心(肿瘤医院)**

**住院医师规范化培训学员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  | 近期免冠一寸正面相片 |
| **出生年月** |  | **籍 贯** |  | **政治面貌** |  |
| **户口所在地** |  | **健康状况** |  |
| **身份证号** |  | **婚姻状况** |  |
| **现 住 址** |  | **邮 编** |  |
| **本人手机号码** |  | **电子邮箱** |  |
| **外语水平** |  | **是否已获医师资格证** |  | **有何特长** |  |
| **本科及以上****教育经历** | **起止年月** | **学习单位** | **学习专业** | **获得学历** | **获得学位** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **工作经历** | **起止年月** | **工作单位** | **从事专业** | **任职（职称）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **家庭成员** | **关系** | **姓名** | **电话** | **单位/住址** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **培训志愿****（只填一个志愿）** | **专业基地** | **专业代码** |
|  |  |
| **申请人声明** | **本人自愿申请参加住院医师规范化培训，服从培训基地及专业基地培训工作安排。** **申请人签名：** **年 月 日** |
| **委托培训****单位意见** | **（如学员属于单位委培，委培单位须填写此栏）****负责人签名:****( 盖 章 )** **年 月 日** |
| **培训基地****资格审查意见** | **负责人签名:****( 盖 章 )** **年 月 日** |
| **专业基地****考核意见** | **考核情况**：**录取建议：** **负责人签名:****( 盖 章 )** **年 月 日** |
| **培训基地****录取意见** | **负责人签名:****( 盖 章 )** **年 月 日** |

**注：此表请双面打印**