**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**