附件4：

**周口市中心医院**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | 民 族 | | |  | | | 照片 |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 | | |  | | 婚姻状况 | | |  | | |
| 健康状况 |  | | CET级别 | | |  | | QQ | | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | 电 话 |  | | | | | |
| 最后毕业学校 |  | | | | | | 毕业时间 |  | | | | 学 历 | |  |
| 所学专业 |  | | | | | | 身份证号 |  | | | | | | |
| 是否取得医师资格 | □是□否 | 证书编号 | | |  | | | | | 是否已经注册 | | | | □是 □否 |
| 发表论文科研情况 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主要社会关系 | 姓 名 | 关 系 | | 工 作 单 位 | | | | | | | | | 联 系 电 话 | |
|  |  | |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | |  | |
| 培训专业 |  | | | | | | 入职科室 | |  | | | | | |
| 科主任  意见 | 同意该住院医师按照国家规定的培训内容和标准参加住院医师规范化培训，不干预其正常轮转计划。    科主任签字  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 人事科  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

**住院医师规范化培训报名表（本院职工）**