附件：

萍乡市人民医院

住院医师规范化培训学员报名表

申请专业：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 贴照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 既往病史 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 邮 箱 |  |
| 联系电话 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 最高学历 |  |
| 特长及外语水平 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 学习经历：（从高中起，中学类型为：全国重点/省重点/市重点/县重点/其他； 高等教育类型为：全日制/自学考试/成人高考/在职/其他） |
| 起止时间 | 毕业学校 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

本人郑重声明，以上所填内容若有虚假，愿承担一切后果。

申请人签名： 年 月 日

（我于 年 月 日在萍乡市人民医院官网得知本信息）