成都市第三人民医院

本院医师进入住院医师规培申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请培训专业： （注意正确填写专业基地名称）** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 出生日期 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | | 政治面貌 |  |
| 到院时间 |  | 工 号 |  | | | 所在科室 |  |
| 本科毕业院校 |  | 本科毕业专业 |  | | | 英语水平 | □未通过  □CET4级  □CET6级 □其他 |
| 硕士研究生  毕业院校 |  | 硕士研究生  专业 |  | | | 硕士研究生  类型 | □ 学术型  □ 专业型 |
| 博士研究生  毕业院校 |  | 博士研究生  专业 |  | | | 博士研究生  类型 | □ 学术型  □ 专业型 |
| 博士研究生学制类型 | □ 普通型  □ 硕博连读  □ 八年制 （传统型/加强型） | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | 手机号码 |  | | |
| 本人承诺：以上填报信息均为真实信息，非全科定向生。如有作假，后果自负。    承诺人： （本人手写正楷签名） 日期： | | | | | | | |
| 所在科室  意见 | 科室主任签字： 日期： | | | | | | |
| 组织人事部  意见 | 审核人： （部门盖章）  日期： | | | | | | |

科学研究与教育培训管理部 制