**附件1**

**本人承诺以上信息真实有效，如有虚假伪造取消录取资格！**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **河源市人民医院住院医师规范化培训报名表** | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 婚姻状况 | | |  | 灰底/白底证件照 |
| 籍贯 | | |  | | | 身高（CM) |  | 民族 | | |  |
| 户口所在地 | | |  | | | 身份证号码 |  | | | | |
| 现居住地 | | |  | | | | | | | | |
| 最高学历情况 | 学历 | |  | 毕业院校 |  | | 毕业时间 | | |  | |
| 学位 | |  | 专业 |  | | 教育形式 | | |  | |
| 是否取得  医师资格证 | | |  | | 是否已经  注册 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 委培单位（社会人填无） | | | |  | | | | | | | | |
| 个人志愿  （第一专业志愿需填省平台上报名我院的专业志愿） | | | | 志愿一 | 专业名称 |  | | **注：三个专业志愿是指如第一专业不能录取，愿意接受录取的第二或第三专业志愿，如果不接受第二三志愿调剂，可以不填。（填写志愿名称必须跟我院招生专业一致）** | | | | |
| 志愿二 | 专业名称 |  | |
| 志愿三 | 专业名称 |  | |
| 教育经历（高中以下不填） | | 起止年月 | | | 毕业院校 | | | 专业 | | | | 教育形式  （全日制/函授等） |
| 年 月— 年 月 | | |  | | |  | | | |  |
| 年 月— 年 月 | | |  | | |  | | | |  |
| 年 月— 年 月 | | |  | | |  | | | |  |
| 实习  （工作）  经历 | | 起止年月 | | | 实习单位（工作单位） | | | 实习/工作 | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | |  | | | | |
| 年 月— 年 月 | | |  | | |  | | | | |
| 获得  荣誉/发表论文/特长/参加学会组织等 | |  | | | | | | | | | | |