**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 |   |