附件1

2025年度威海市中医院

中医医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生日期 |  | 一寸免冠  近照 |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | | 所学专业 |  |
| 最高学历毕业院校 |  | | | | 毕业时间 |  |
| 第一学历 |  | 英语水平 | |  | 高学最历 |  | |
| 专业类别 | □中医专业 □中医全科专业 □中医儿科专业 | | | | | | |
| 报考方式（个人、单位） |  | 工作单位 |  | | | | |
| 医师资格证书编号 |  | | | | 籍　贯 |  | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | QQ或微信 |  | |
| 基地 | □威海市中医院 | | | | | | |
| 学习经历（从高中毕业后起） | | | | | | | |
| 工作经历 | | | | | | | |
| 所在单位意见（单位人填写）：  单位负责人签字： 单位公章  年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审核情况（基地填写）：  是否符合报名条件（ ） 审核人：  年 月 日 | | | | | | | |

注：此表一式两份。