附件一

滨州医学院烟台附属医院

2025年度住院医师规范化培训单位人报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 一寸彩色近照 |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 民 族 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专 业 |  | 英语水平 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  |
| 有何特长 |  | 身份证号 |  |
| 联系方式 | 本人联系电话： 本人电子邮箱： |
| 毕业生 | □应届 □ 往届 | 执业医师证 | □有 □无 | 执业范围 |
| 培训志愿 | 第一专业志愿 | 第二专业志愿 |
|  |  |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。 本人亲笔签名： 填表日期： |
| 备注：培训对象须提供以下材料，请核对报名资料准备情况（请在方框内打“√”）：1.身份证复印件□2.学历、学位复印件□3.医师证、执业证复印件□4.学信网学历认证□ |

审核情况

|  |  |
| --- | --- |
| 培训对象所在工作单位意见 | 经本单位研究，同意 同志要求参加 年 专业住院医师规范化培训的申请。 （盖章）单位负责人： 年 月 日 |
| 培训基地审核意见 | 同意 同志要求参加 年 专业住院医师规范化培训的申请。（盖章）负责人： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件二

**委培住院医师单位介绍信**

**滨州医学院烟台附属医院：**

我院是\_\_\_级\_\_\_等医疗卫生机构，本年度拟派送\_\_\_名在职住院医师到贵院参加为期3年的住院医师规范化培训。具体人员信息见下表。

我单位负责的联系部门：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_，联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

请贵院予以接洽为谢！

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **报考专业** | **身份证号** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（加盖单位公章）

 2025年 月 日

附件三

滨州医学院烟台附属医院

2025年度住院医师规范化培训社会人报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 一寸彩色近照 |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 民 族 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 专 业 |  | 英语水平 |  | 健康状况 |  |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  |
| 有何特长 |  | 身份证号 |  |
| 联系方式 | 本人联系电话： 本人电子邮箱： |
| 毕业生 | □应届 □ 往届 | 执业医师证 | □有 □无 | 执业范围 |
| 培训志愿 | 第一专业志愿 |  | 第二专业志愿 |  |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。本人亲笔签名： 填表日期： |
| 备注：培训对象须提供以下材料，请核对报名资料准备情况（请在方框内打“√”）：1.身份证复印件□2.学历、学位复印件□3.医师证、执业证复印件□4.学信网学历认证□ |
| 培训基地审核意见 | 同意 同志要求参加 年 专业住院医师规范化培训的申请。（盖章） 负责人： 年 月 日 |

附件四

