**安徽医科大学第一附属医院北区住院医师规范化培训报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | | 籍贯 |  | |
| 政治面貌 |  | | 民族 |  | |
| 学历学位 |  | | 身份证号 |  | |
| 毕业院校 | |  | | 所学专业 |  | |
| 手机号码 | |  | | 电子邮箱 |  | |
| 报考类别 |  | | | 报考专业 |  | |
| 申请人  承诺 | 本人自愿申请参加“安徽省住院医师规范化培训”，并遵守政府关于“住院医师规范化培训的相关管理规定”和医院相关规章制度及培训合同条例。    申请人签字  年   月   日 | | | | | |
| 所在科室意见 | 签名  年   月   日 | | | | | |
| 科室分管领导意见 | 签名  年   月   日 | | | | | |
| 所在单位意见 | 签名  年   月   日 | | | | | |