**本院医师进入规培申请表**

|  |
| --- |
| **申请培训类别（请√选）：□住院医师 □专科医师****申请培训专业： （须与华创平台填所报专业一致）** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 到院时间 |  | 签约类型 | □本院签约□医生集团 | 所在科室 |  |
| 胸牌号 |  | 已评聘职称 |  | 职 务 |  |
| 本科毕业院校 |  | 本科毕业专业 |  | 英语水平 | □未通过□CET4级 □CET6级 □其他  |
| 硕士研究生毕业院校 |  | 硕士研究生专业 |  | 硕士研究生类型 | □ 学术型□ 专业型 |
| 博士研究生毕业院校 |  | 博士研究生专业 |  | 博士研究生类型 | □ 学术型□ 专业型 |
| 博士研究生学制类型 | □ 普通型□ 硕博连读□ 八年制 （传统型/加强型） |
| 身份证号 |  | 医师执照类别 | □ 临床□ 其他 | 医师执照编号 |  |
| **此项****专培必填****住培不填** | 住院医师培训基地：住院医师培训专业：住院医师结业时间： （还未结业的填拟结业时间）是否已取得住院医师培训合格证：□ 是 □ 否  |
| 本人联系方式 |
| 信息确认（必须签字确认） | 手机 |  | 紧急联系人 | 姓名 |  |
| E-mail |  | 手机 |  |
| 本人承诺：以上填报信息均为真实信息，非全科定向生。如有作假，后果自负。 承诺人： （本人手写正楷签名） 日期： |
| 所在科室意见 | 科室主任或教学主任签字： 日期：  |
| 人力资源部意见 | 博后（拟）出站时间： 年 月 日是否同意以本院委培身份进入住院医师/专科医师培训：其他备注：审核人： （部门盖章） 日期：  |

**注意：此表请双面打印。填写好后，需所在科室签字、人力资源部签字盖章后，扫描上传至“华创平台”。纸质版在签约时统一收取。**

毕业后培训部制