附件1

编号：

江西省住院医师规范化培训

申

请

表

姓 名

毕业学校

申请时间

江 西 省 卫 生 计 生 委 制

**个 人 基 本 情 况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | |
| 本人联系  方式 | | 联系电话： 电子邮箱： | | | | | | | | | | | |
| 家庭联系  方式 | | 联 系 人： 联系电话： | | | | | | | | | | | |
| 应届 毕业生 | | □是 □ 否 | | | 执业医师证 | | □有 □无 | | | | 执业范围 | | |
| 学习  和工作  经历  （请从  高中  开始  填写） | | 起 止 时 间 | | | 所 在 学 校 或 单 位 | | | | | | | 学历/工作岗位 | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
| 何时何地因何原因受过何种奖励或惩罚 | | |  | | | | | | | | | | |
| 培训专科志愿 | 第一专业志愿（代码： ） | | | | | | | | 第二专业志愿（代码： ） | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |
| 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 □ | | | | | | | | | | | | | |

**审 核 情 况**

|  |  |
| --- | --- |
| 培训对象  所在工作  单位意见  （有工作  单位者  填写） | 经本单位研究，同意 同志要求参加 年  专业（专业代码 ）住培的申请。    （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（专业代码 ）住培的申请。    （盖章）  负责人： 年 月 日 |
| 培训  基地  主管  部门  意见 | 负责人： （盖章）  年 月 日 |
| 省卫  生计  生委  意见 | 负责人： （盖章）  年 月 日 |

住院医师规范化培训专业代码

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 专业名称 | 培训专业代码 |
| 1 | 内科 | 0100 |
| 2 | 儿科 | 0200 |
| 3 | 急诊科 | 0300 |
| 4 | 神经内科 | 0600 |
| 5 | 全科 | 0700 |
| 6 | 外科 | 0900 |
| 7 | 外科（神经外科方向） | 1000 |
| 8 | 骨科 | 1400 |
| 9 | 妇产科 | 1600 |
| 10 | 耳鼻咽喉科 | 1800 |
| 11 | 麻醉科 | 1900 |
| 12 | 检验医学科 | 2100 |
| 13 | 放射科 | 2200 |
| 14 | 超声医学科 | 2300 |
| 15 | 放射肿瘤科 | 2500 |
| 16 | 口腔全科 | 2800 |