**附表2：** **社会化规培学员基本情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |   | 出生日期 |   | 政治面貌 | 二寸免冠照 |
| 性    别 |   | 籍    贯 |   | 婚姻状况 |
| 民    族 |  | 身份证号 |  |
| 英语水平 |  | 计算机水平 |
| 学    历 |   | 学    位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业学校 |   | 毕业专业 |
| 毕业证书编号 |  | 工作单位 |
| 医师资格证编 号 |  | 医师执业证编 号 |
| 执业注册范围 |  | 培训专业 |
| 培训年限 |  | 本人手机号 |
| 本人网络联系方式 | QQ号 |   |
| 临床工作起止时间 | 时间长度（月） | 医 院 名 称 | 医院级别 | 证明人 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 单位规培负责部门负责人签字 |   | 单位盖章 |

注：报到时请附身份证、毕业证、学位证、医师资格证、医师执业证复印件