**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