**乐山市人民医院**

**2024级专硕衔接住培学员报到通知**

根据医院工作安排，乐山市人民医院定于2024年7月17日接收2024级住院医师规范化培训研究生衔接学员报到，请学员按照要求，准备好相关资料，准时报到。

一、报到时间：7月17日（周三）上午9:00至11:00

二、报到地点：乐山市人民医院门诊五楼科教部1（乐山市市中区白塔街238号）。

三、报到时需提交的资料：

（一）身份证和研究生录取通知书原件及复印件一份（请由本人签名并留电话号码）。

（二）住院医师规范化培训报名表（见附件）、本科毕业证、学位证、计算机等级证、英语等级证原件及复印件一式一份。

（三）联系人：孙老师、段老师；电话：0833-2151991；手机：15282451701。

附件：《乐山市人民医院住院医师规范化培训报名表（2024年）》

乐山市人民医院科教部

2024年5月6日

附件：

**乐山市人民医院住院医师规范化培训报名表（2024年）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 出生年月 | | | | |  | | | | | 政治面貌 | | | | |  | | |
| 性    别 | |  | | | 籍    贯 | | | | |  | | | | | 婚姻状况 | | | | |  | | |
| 民    族 | |  | | | 健康状况 | | | | |  | | | | | 既往病史 | | | | |  | | |
| 有何特长 | |  | | | 体    重 | | | | |  | | | | | 身    高 | | | | |  | | |
| 英语水平 | |  | | | 最高学历 | | | | |  | | | | | 社会兼职 | | | | |  | | |
| 所学专业 | |  | | | 学    位 | | | | |  | | | | | 有无医师资格证 | | | | |  | | |
| 平均成绩 | |  | | | 年级排名 | | | | |  | | | | | 年级总人数 | | | | |  | | |
| 最后毕业学校 | |  | | | | | | | | | | | | | 毕业时间 | | | | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | | 是否应届生 | | | | |  | | |
| 是否往届生 | |  | 是否单位委托培训 | | | | |  | | | 委培医院 | |  | | | | | | | | | |
| 培训专业基地志愿：     第一：         第二：            第三： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否服从调配： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生源地                省            市[县]            区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址                            家庭电话             邮编 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人联系方式 | | 手机 | | |  | | | | | | | | | | 宿舍电话 | | | |  | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | | | 其它方式 | | | |  | | | |
| 工  作（实习）  经  历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 临床工作起止时间 | 时间长度 | 医 院  名 称 | | 医 院级 别 | | | 科 室 | | | | 职 称 | | | 证明人 | | | 证明人  现任何职 | | | | 证明人  联系电话 |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  |  |
| 参加住院医师规范化培训最大的愿望 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参加住院医师规范化培训最大的顾虑 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 履历（包括高中以上学历） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年月日-年月日 | | 何  单  位 | | | | | | | 任   何   职 | | | | | | | 离   开  方  式 | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 乐山市区的  联系人员（包括父母信息）（必填） | | 姓    名 | | | | 关    系 | | | | | | 工  作  单  位 | | | | | | 联  络  方  法 | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 备    注 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |