附件：

**湖南省2018年度中医住院医师规范化培训申请表**

（2018）年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 | |  | 民  族 | |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 | |  | | | |
| 最高学历 |  | 最高学位 | |  | 学位类型 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  | |
| 学位证书编号 |  | | | （拟）从事专业 | | |  | |
| 学员身份 | □单位人  □社会人 | | 拟培训专业（选填代码）：  3500（中医）、3600（中医全科） | | | | |  |
| 工作单位 |  | | | 单位电话 | | |  | |
| 个人电话 |  | | | 电子邮箱 | | |  | |
| 是否为执业医师 |  | 执业医师证书号码 | | |  | | | |
| 培训基地：志愿1.             志愿2.             是否服从调剂（ 是、  否 ） | | | | | | | | |
| 学习简历（高中毕业后起） | | | | | | | | |
| 时间 | 所在学校 | | | 专业 | | | 学历 | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |
| 工作简历 | | | | | | | | |
| 时间 | 工作单位 | | | | | | 职称 | |
|  |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |
| 申请人签字：    选送单位初审意见：    负责人签字：                  单位盖章        年  月  日 | | | | 市州卫计委/省部直单位审核意见：        盖章    年  月  日 | | | | |
| 选送单位联系人：                       联系电话： | | | | | | | | |

注：此表一式2份，两个志愿培训基地各报送1份。

**湖南省2016、2017届中医类临床医学专业学位**

**硕士研究生参加中医住院医师规范化培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | | | | |  | 手机 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | 邮箱 |  | | | |
| 学员身份 | | □单位人  □ 社会人 | | | | | 拟培训专业（选填代码）：  3500（中医）、3600（中医全科） | | | | | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | 单位电话 | |  | | | | 毕业年份 | |  |
| 培训基地：志愿1.             志愿2.             是否服从调剂（ 是、  否 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| **学历信息** | | | | | | | | | | | | | | |
| 学历 | 毕业院校 | | 学位类型 | | 专业 | | | | | 导师姓名 | 导师所在科室 | | 学位证书编号 | |
| 硕士 |  | |  | |  | | | | |  |  | |  | |
| 博士 |  | |  | |  | | | | |  |  | |  | |
| 省级卫生计生、教育和中医药行政部门认定的在校期间完成的住院医师规范化培训     月 | | | | | | | | | | | | | | |
| **自愿申请补培训时间：**     **月** | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请轮转科室1 | | | | | | | | | 月 | | | | | |
| 申请轮转科室2 | | | | | | | | | 月 | | | | | |
| 申请轮转科室3 | | | | | | | | | 月 | | | | | |
| …… | | | | | | | | | 月 | | | | | |
| 合计 | | | | | | | | | 月 | | | | | |
| 申请人签字：    工作单位意见：  负责人签字：                  单位盖章  年   月  日 | | | | | | | | | 市州卫计委/湖南中医药大学审核意见：                   盖章  年年  月  日 | | | | | |
| 注：1、已在省内就业并以单位人身份参加培训的学员由工作单位审核同意后，经市级中医药行政管理部门向培训基地报送报名资料；  2、未在省内各中医住培基地就业的学员向湖南中医药大学研究生院报名参加培训，研究生院根据全省各基地情况和学员志愿进行调配。 | | | | | | | | | | | | | | |