附件一：

**太和县中医院**

**中医住院医师规范化培训学员信息登记表**

住培类别（中医学/中医全科）： 时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | 出生地 |  |
| 政治面貌 |  | | 民族 |  | 健康状况 | |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | | 是否取得执业医师证书及取得时间 | | |  | |
| 工作单位及单位电话  （社会学员可不填） | | |  | | | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | |
| 学习经历  （从高中填起，学位请注明专业学位或科学学位） | | 起止时间 | | 学校名称 | | 专业 | | 学历 | 学位 |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
| 工作经历 | | 起止时间 | | 单位名称 | | | | 职称 | 证明人 |
|  | |  | | | |  |  |
|  | |  | | | |  |  |
|  | |  | | | |  |  |