|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **太和县中医院住院医师规范化培训/助理全科医师培训**  **学员信息表** | | | | | |
| **培训类别：中医学🞎 中医全科🞎 中医助理全科🞎** | | | | **年级：2025** | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 小二寸照片 |
| 民 族 |  | 婚姻状况 | 已婚🞎 未婚🞎 | |
| 籍 贯 |  | 身份证号码 |  | |
| 政治面貌 |  | 入党（团）  时间 |  | |
| 学员类别 | 单位人🞎 社会人🞎 | | | 是否农村订单定向 | 是🞎 否🞎 |
| 最高学历 |  | | 最高学位 |  | |
| 最高学历 毕业院校 |  | | 最高学历 毕业时间 |  | |
| 有无 执业医师资格 | 有🞎 无🞎 | 医师资格 级别 |  | 资格类别 |  |
| 执业（助理）医师资格取得时间 |  | 资格证书编号（27位） |  | | |
| 有无医师  执业证书 | 有🞎 无🞎 | 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 执业（助理）证书取得时间 |  | 执业证书编号 |  | | |
| 本人联系电话 |  | 本人邮箱 |  | | |
| 本人家庭住址 |  | | | | |
| 单位  （社会人可不填） |  | 单位联系人 |  | 单位联系人 电话 |  |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系电话 |  | 紧急联系住址 |  |

备注：1.医师资格级别：请选填执业医师、或执业助理医师。

2.资格类别：请选填临床或中医、公共卫生、口腔。

3.执业类别:请选填临床或中医、公卫、口腔。

4.执业范围：请选填中医专业、中西医结合专业或其他专业