附件1

山西省2025年度住院医师规范化培训和助理全科医生培训调剂申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学员编号 |  | 姓名 |  | 照片 |
| 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 民族 |  | 英语水平 |  |
| 毕业院校 |  |
| 最高学历 |  | 学制 |  | 学历证书号 |  |
| 最高学位 |  | 学位类型 |  | 学位证书号 |  |
| 手机 |  | 紧急联系人电话 |  | 邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 是否执业医师 |  | 专业 |  | 类别 |  | 医师资格证书号 |  |
| 志愿报考情况 |
| 志愿 | 报考培训基地 | 报考培训专业 | 考试成绩 |
| 第一志愿 |  |  |  |
| 第二志愿 |  |  |  |
| 申请调剂基地 |  | 申请调剂专业 |  | 申请调剂专业代码 |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人签字：委派单位意见：负责人签字：盖章               年    月    日 | 培训基地意见：同意录取,纳入培训年限第 年( □ 直接参加考试)负责人签字：盖章 年    月    日 |
| 审核单位意见：人员信息审核：培训年限审核：年    月    日 |

 |
|

|  |
| --- |
| 正式录取培训基地名称： |
| 培训基地联系人：                             联系电话： |
| 委派单位单位联系人：                            联系电话： |

 |