**附件2 深圳市儿童医院住院医师规范化培训学员报名**

填表日期

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 籍贯 |   | 照 片 |
| 出生日期 |   | 政治面貌 |   | 英语级别及分数 |   | 毕业时间 |  |  |
| 最高学历/学位 |  | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |  |
| 身份证号 |  | 报考专业 |   |
| 主要学习经历（从高中开始填写） | 起止年月 | 学校名称 | 专业 | 学位 | 所获奖励 |
|  |   |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主要工作（或实习）经历 | 起止年月 | 单位名称 | 部门 | 职务 | 离开原因 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓 名 | 出生年月 | 与本人关系 | 单位及职务 | 政治面貌 |
|  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 特长及业绩(包括获奖、SCI等情况) |   |
| 联系电话 |  | Email |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |