附件：

北京大学人民医院专科医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 电子证件照 |
| 报名专科 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 政治面貌 |  |
| 年龄 |  | 职称 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 身份证号码 |  | 户籍所在地 |  |
| 教育经历 | 本科就读院校 |  | 就读时间 | 年 月- 年 月 |
| 硕士就读院校 |  | 就读时间 | 年 月- 年 月 |
| 硕士专业 |  | 硕士类型 | （科研型/专业型） |
| 博士就读院校 |  | 就读时间 | 年 月- 年 月 |
| 博士专业 |  | 博士类型 | （科研型/专业型） |
| 培训经历 | 住培医院 |  | 住培专业 |  |
| 结业时间 |  | 证书编码 |  |
| 选送单位领导意见 | 选送单位意见：主管部门负责人签字（盖章）：  |
| 北京大学人民医院审批意见 | 专科基地意见：同意（ ） 不同意（ ）导师姓名： 负责人签字： |
| 继续教育处意见：负责人签字（盖章）：  |
| 备注 |  |