**附件2**

**2025年新疆公共卫生医师规范化培训报名申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 一寸照 |
| 年龄 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 身高 |  |
| 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 医师资格证 |  | 医师执业证 |  |
| 培训专科志愿 | 第一志愿： | 第二志愿： | 第三志愿： |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 身份证号 |  | 邮编 |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 其他联系方式 |
| 电子邮箱 |  |  |
| 通讯地址 |  |
| 学习及工作经历(包括大学及以上学历、临床轮训经历、历届毕业生毕业后经历) |
| 年月日至年月日 | 学校或医院名称 | 专业(任职) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请人意见 | 本人自愿参加公共卫生医师规范化培训，并遵守培训合同。申请人签字：年 月 日 |
| 所在辖区社区 意见 | 签名(盖章):年 月 日 |