附表

湖南省公共卫生医师规范化培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 户口所在地 |  |
| 毕业院校 |  |
| 学历 |  | 学历证书编号 |  |
| 最高学位 |  | 学位类型 |  |
| 学位证书编号 |  | 学制 |  |  |
| 工作单位 |  |
| 从事专业和年限 |  |
| 执业医师证书编号 |  | 执业医师类别 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 学习简历（高中毕业后起） |
| 时间 | 所在学校 | 专业 | 学历 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工 作 简 历 |
| 时间 | 工作单位和岗位 | 职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申请人签字：委派单位意见：负责人签字：盖章年 月 日 | 市州卫生健康委意见：负责人签字：盖章年 月 日 | 接收单位意见：负责人签字：盖章年 月 日 |
| 委派单位联系人： 联系电话： |