## 附件3：

## 安阳市人民医院住院医师规范化培训

## 导师双向选择登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住培医师情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 培训专业 |  | 政治面貌 |  | 籍贯 |  |
| 学历学位 |  | 毕业时间 |  | 执业医师取得情况 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 导师情况 | 姓名 |  | 所属科室 |  | 所在专业基地 |  |
| 职称 |  | 教学职务 |  |
| 指导专业 |  |
| 导师意见（是否同意接收、指导）：导师签字： 年 月 日 |
| 住培医师意见（是否同意选择）：学生签字： 年 月 日 |
| 导师所在专业基地意见：审批人签字： 年 月 日 |
| 住培专家委员会审批意见 审批人签字： 年 月 日 |