|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **专业基地名称** |  | **专业基地名称** |
| 内科 | 儿外科 |
| 儿科 | 妇产科 |
| 急诊科 | 眼科 |
| 皮肤科 | 耳鼻咽喉科 |
| 神经内科 | 麻醉科 |
| 全科(含助理全科) | 临床病理科 |
| 康复医学科 | 检验医学科 |
| 外科 | 放射科 |
| 外科——神经外科方向 | 超声医学科 |
| 外科——胸心外科方向 | 放射肿瘤科 |
| 外科——泌尿外科方向 | 口腔全科 |
| 骨科 | 口腔颌面外科 |

**招生计划（120名）**

报名时须提交以下纸质材料：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **材料** | **数量** | **备注** |
| 个人简历 | 1份 |  |
| 身份证复印件 | 1份 | 出示原件 |
| 英语等级证书或成绩单复印件 | 1份 | 出示原件 |
| 专业课成绩单复印件 | 1份 | 原件加盖学院鲜章 |
| 执业医师资格考试成绩单或证书复印件 | 1份 | 出示原件（往届生） |

　　要求：报名时提供真实准确的个人信息，若因学员提供错误或虚假信息而导致不能注册等，一切后果由学员自负。