|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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。