附件1

河池市中医医院

二年制“西学中”培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片（近6个月1寸白底免冠彩色） |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 身高 |  |
| 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 身份证号 |  | 英语等级 |  |
| 是否有医师资格证书 | 🞎有 🞎无 | 毕业实习单位 |  |
| 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书编号 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业学校及毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 获得荣誉 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 学习及工作经历(包括大学本科及以上学历/临床工作经历) |
| 年月至年月 | 学校或单位名称 | 专业/身份 | 职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请人承诺 | 本人自愿到河池市中医医院参加非中医类别医师中医药专业知识二年制系统学习培训，自觉遵守国家及自治区卫生健康行政部门关于“西学中”培训的管理规定，遵守培训基地的规章制度及培训协议中约定的各项条款。 申请人签字： 年 月 日  |
| 申请人所在单位或当地卫生行政主管部门推荐意见 |  签名（盖章） 年 月 日 |
| 培训基地意见 |  河池市中医医院（盖章） 年 月 日 |