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 |  | 年龄 |  |
| 所在单位及科室 |  | 专业 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 毕业学校、专业及时间 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 医师执业证书编号 |  |
| 执业范围 |  | 执业地点 |  |
| 工作简历 |  |
| 学习承诺 | 本人承诺能够按照教学计划完成学习任务。本人签名：年 月 日 |
| 单位意见 | 单位盖章： 年 月 日 |