附件1

河池市中医医院

2024年二年制“西学中”培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 相片  （近期白底  小2寸） |
| 所在单位  及科室 |  | | | 专业 |  |
| 选择培训形式：  □中药；□中医医疗技术；  □中药+中医医疗技术 | | | | 学员  类别 | □新生；□2021级学员，□2022级学员，□2023级学员 | |
| 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 | | | | | |