广西中医药大学附属瑞康医院2023年非中医类别

医师中医药专业知识二年制系统学习培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | （近三月白底1寸彩照） |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 所学专业 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | 英语考级 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 医师资格证书取得时间 |  |
| 通讯地址 |  | 身份证号 |  |
| 联系方式 | 手机号码 |  | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 |  | 其它方式 |  |
| 学习/工作期间所获荣誉（并提供奖项复印件） |    |

|  |
| --- |
| 高中以来学习及工作经历 |
| 年月日至年月日 | 单位名称 | 身份 | 证明人 | 联系方式 |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 申请人意见 | 本人自愿申请参加广西中医药大学附属瑞康医院2023年非中医类别医师中医药专业知识二年制系统学习（以下简称“西学中”）培训。本人承诺自觉遵守国家及自治区中医药管理局关于“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。              签名          年  月  日 |
| 所在单位意见 | 公章   年  月  日 |

教务科联系方式：电话：0771-2326952 邮箱:rkyjs2020@163.com

教务科地址：广西中医药大学附属瑞康医院教务科办公区（杭州路22-4号原药业宾馆）7楼705办公室

请认真如实填写相关资料，如一经发现伪造，后果自负。