**柳州市中医医院二年制西学中**

**培训班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 出生年月 | |  | | 照  片  （加盖单位 公章） |
| 科 室 | |  | | 从事专业 | |  | 职 务 | |  | |
| 专业技术职称 | |  | | 取得时间 | |  | 健康状况 | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | 单位电话 | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | 联系方式 | |  | | |
| 最后学历 | |  | 学位 | | |  | | 取得时间 | | |  |
| 毕业学校 | |  | | | | 专 业 | |  | | | |
| 医师执业证书编码 | |  | | | | 医师执业证书取得时间 | |  | | | |
| 工作  简历 |  | | | | | | | | | | |
| 个人  专业  所长 | （包括临床、科研、论文及获奖等） | | | | | | | | | | |
| 既往中医相关学习、工作基础 |  | | | | | | | | | | |
| 学习目的及专业发展目标 |  | | | | | | | | | | |
| 单位  意见 | 单位管理部门及联系人 | | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 同意推荐，并承诺保证报名人员的学习时间。  单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | |

请详细填写此表，随同相关资料复印件一并交上。

填表人签名：

填表日期： 年 月 日

填 表 说 明

1. 此报名表将作为学员入学后的原始存档资料。
2. 详细填写报名表中的各项内容，要求用黑色签字笔填写。
3. 填写时，字体应工整。
4. “最后学历”栏应填写本人最高学历。
5. “学位”栏应填写授予的学位名称，如“医学学士”等。
6. “联系方式”栏应填写有效的联系方式。为方便联系，建议注明手机、单位电话及常用电子邮箱地址。
7. “工作简历”栏应填写大学毕业后的主要工作经历。
8. “个人专业所长”栏应填写本人的专业技术特点及相关工作业绩（如主要发表论文、相关课题及获奖情况）。
9. “既往有关中医学习及工作基础”应如实填写本人相关学习及工作内容经历，并提够相关证明材料，以复印件形式作为附件一并上交。
10. “学习目的及专业发展目标”应结合实际填写本人参加本次学习班的规划及目标。
11. “填表人签名”栏应是报名者本人的亲手签名。
12. “照片”栏要求为一寸免冠白底近照。
13. 此表盖章后有效。