附件1

柳州市中医医院2024年二年制“西学中”培训班

学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 照片 | | |
| 出生年月 |  | 联系方式 |  | |
| 专业技术职称 |  | 取得时间 |  | |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | 工作单位 | |  | | |
| 最后学历 |  | 学位 |  | | 取得时间 | |  |
| 毕业学校 |  | | 专业（执业范围） | |  | | |
| 医师执业证书编码 |  | | | 医师执业证书取得时间 | |  | |
| 选择培训方式 | □ 二年制（中药）  □ 二年制（中医医疗技术）  □ 二年制（中药+中医医疗技术） | | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | |
| 所在单  位意见 | 单位盖章  年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 | 本人承诺：所提供的报名信息及相关资料完全属实，如有弄虚作假，本人愿承担一切后果和责任！  学员签名：  年 月 日 | | | | | | |