广西中医药大学附属瑞康医院2025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2025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广西壮族自治区非中医类别医师中医药专业知识培训考核方案管理规定，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 |

医务部联系方式：电话：0771-2188273 邮箱:euk2273@163.com

医务部地址：广西中医药大学附属瑞康医院B座9楼医务部综合办公区

请认真如实填写相关资料，如一经发现伪造，后果自负。