附件1：

**广西中医药大学第一附属医院二年制“西学中”培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 所在单位及科室 |  | 专业 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 毕业学校、专业及时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 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： |
| 科室意见 | 同意报名。负责人签名： |
| 单位意见 | 同意报名参加广西中医药大学第一附属医院非中医类别医师中医药培训基地中医药专业知识二年制系统学习培训。 单位盖章： 年 月 日 |