附件2

**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 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 联系  电话 |  |
| 毕业学校、专业及时间 |  | | | | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 所在单位及科室 |  | | | | |
| 所在医疗机构的诊疗科目核准登记：中医科（有□ 无□）、中西医结合科（有□ 无□）、民族医学科（有□ 无□） | | | | | |
| 医师资格证书编号 |  | | 医师执业  证书编号 | |  |
| 执业范围 |  | | 执业地点 | |  |
| 培训形式 | □中药 □中医医疗技术 □中药+中医医疗技术 | | | | |
| 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。  单位盖章：  年 月 日 | | | | |