**附件1**

**2024年桂林市中医医院二年制**

**“西学中”培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 学历 |  | 民族 |  |
| 何时毕业于何校何专业 | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | | |
| 专业技术职务 | |  | | 何时受聘 |  | 学位及获得时间 | |  |  |
| 何时从事本专业工作 | |  | | | 专业学科 | |  | | |
| 执业范围 | |  | | | 执业地点 | |  | | |
| 专业特长 | |  | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | 邮政编码 | |  | | |
| 个人简历（包括主要工作简历）： | | | | | | | | | |
| 学员所在单位推荐意见：    单位盖章：  日  期： | | | | | | | | | |