**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： |