附件1

广西西医学习中医培训班报名表（ 年）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸正面免冠照 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 身份证号码 |  |
| 何时毕业于何校何专业 |  |
| 专业技术职务 |  □**执业医师**□**助理执业医师** | 执业注册时间 |  |
| 何时从事本专业工作 |  | 专业学科 |  |
| 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**(包括最后学历学习时间和主要工作简历): |
| **学员所在单位推荐意见：****单位盖章****日期：** |

广西中医药大学继教制

附件2

|  |
| --- |
| **广西西医人员学习中医培训班**学员基本信息汇总表（ 年） |
| 医院 |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **民族** | **出生年月** | **籍贯** | **学历** | **毕业院校** | **执业注册时间** | **职称** | **授予时间** | **专业** | **身份证号码** | **参加工作** | **现任职务** | **备注** |
| **时间** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

广西中医药大学继教制