附件1

2025年非中医类别医师学习

中医（西学中）培训学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 职称 |  | | 照片 | |
| 所在单位 联系地址 |  | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | |
| 联系电话 | 办公电话 |  | | | | | 移动电话 |  | | |
| 学习情况 | 毕业学校 |  | | | | | 证书编号 |  | | |
| 学历/学位 |  | | | 学制年限 | |  | 毕业时间 | |  |
| 临床情况 | 从事临床年限 | | | |  | | 从事专业 |  | | |
| 医师资格 （执业） 证书 | 医师资格证书编号 | | | | | | 医师执业证书编号 | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| 所在医疗机构意见：  负责人签字：（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 县区卫生行政部门意见：  负责人签字：（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |