附件3

2016年基层传统医学师承集中理论学习报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片（一寸免冠） |
| 身份证号码 |  |
| 毕业院校 |  | 学 历 |  |
| 参加工作时　　间 |  | 现 从 事主要职业 |  |
| 单位名称 |  | 单位地址 |  |
| 家庭地址 |  | 联系电话 |  |
| 指导老师姓　　名 |  | 指导老师工作单位 |  |
| 指导老师工作年限 |  | 指导老师职　　称 |  |
| 个人学习工作简历 |  |
| 县卫生局意 见 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（盖章） 年 月 日 |
| 市中医药管理部门意　　见 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（盖章）　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日 |