附件 1

陕西省首届西学中高级研修班报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | 彩色照片  （1寸） |
| 从事专业 |  | | | | 工作年限 |  |
| 外语语种  及 程 度 |  | | | | 职 称 |  |
| 执业类别 |  | | | | 执业医师  证书编号 |  | |
| 毕业院校 |  | | | | 学历、学位 |  | |
| 是否为省级以上中西医结合重点学科骨干 |  | | | | 所在重点  学科名称 |  | |
| 工作单位 |  | | | | 所在科室 |  | |
| 手机号码 |  | | | | 电子邮箱 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 |  | |
| 学习简历（毕业专业、授予何学位）： | | | | | | | |
| 工作简历： | | | | | | | |
| 承担厅局级以上课题及发表论文情况：(可附页) | | | | | | | |
| 所在单位意见：  签字（签章）：  (公 章)  年 月 日 | | | | 市级中医药管理部门意见：  （省级以上三级医疗机构此处不盖章）  签字（签章）：    (公 章)  年 月 日 | | | |