附表1

**黑龙江省西医学习中医培训班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片（加盖单位 公章） |
| 学 历 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | 职 务 |  |
| 科 室 |  | 从事专业 |  |
| 专业技术职称 |  | 医师资格证书编码 |  |
| 毕业学校 |  | 专 业 |  |
| 通讯地址 |  | 联系方式 |  |
| 工作简历 |  |
| 单位意见 | 同意推荐，并承诺保证报名人员的学习时间。 单位盖章  年 月 日 |