附件2

第一批京津冀西医学习中医高级研修项目

报名表

**推荐单位： （公章）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 近期白底  证件彩照  （1寸） |
| 出生年月 | 年 月 | 政治面貌 | |  | |
| 从事专业 | （临床二级学科） | | | 工作年限 |  |
| 职 称 |  | | | 执业资格 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 学历学位 |  | |
| 外语语种  及 程 度 |  | | | 手机号码 |  | |
| E-mail邮箱 |  | |
| 所在科室 |  | | | 是否为中西医结合研究所或重点学科人员 |  | |
| 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： | | | | | | |
| 承担局级以上课题及发表论文情况：(可附页) | | | | | | |
| 所在单位意见：    (公 章)  年 月 日 | | | 区卫生健康委意见：（央、市属机构此处不盖章）  (公 章)  年 月 日 | | | |