附件1：

**齐齐哈尔市中医医院**

**非中医类别医师中成药应用培训班**

**报**

**名**

**表**

所在县市： 申请人：

工作单位： （盖章）

联系电话：

2025 年1 月制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  |
| 执业类别 |  | 执业资格证编号 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业专业 |  | 学历 |  |
| 参加工作时间 |  | 从事专业 |  |
| 现职称及晋升时间 |  | 职务及任职时间 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 个人承诺 | 我承诺以上信息真实、全面。我愿意参加齐齐哈尔市中医医院“非中医类别医师中成药应用”培训班，并严格遵守培训纪律，服从培训工作安排。个人签名： 年 月 日 |
| 单位意见 | 同意推荐，并承诺保证报名人员的学习时间。申报单位(盖章): 负责人签字：年 月 日 |
| 培训基地审核意见 | 培训基地(盖章)： 负责人签字：年 月 日 |