

**非中医类别医师学习中医培训申请表**

**省/市/自治区：**

**申 请 人：**

**工 作 单 位：**

**联 系 电 话：**

2025年6月制

**一、基本情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 2寸照片 |
| 民族 |  | 性别 |  |
| 政治面貌 |  | 联系方式 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 最高学历、学位 |  |
| 身份证号 |  | 职称 |  |
| 执业（助理）医师资格证号码 |  |
| 执业（助理）医师执业证号码 |  | 参加工作时间 |  |

**个人简历**(包括高中以上学习简历和主要工作简历)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学习经历 | 起止年月 | 学校 | 专业 | 学历及学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作简历 | 起止年月 | 单位 | 从事何种工作 | 职务及职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**工作情况**（从事临床专业工作情况）

|  |
| --- |
|  |

**二、审核意见**

|  |
| --- |
| 本人意见（明确是否可以按时完成2年期培训任务） |
|    本人签名： 签字日期： 年 月 日 |
| 所在单位意见（是否同意参加培训） |
| 负责人（签章）： （单位盖章）签字日期： 年 月 日 |

注：（1）请用仿宋小四号字填写内容，电子版发送至电子邮箱sfyywk3387@163.com。

 （2）纸质版2份打印后，贴照片、签字、盖章，现场审核后留档。