附件1：

**泰安市中医医院2024年中医医师规范化培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 学位类型 |  |
| 专业 |  | 毕业院校 |  | 毕业日期 |  |
| 培训专业 |  | 医师执业证书编号 |  | 手机号 |  |
| 邮箱 |  | 工作单位 |  |
| 学习和工作情况 |  |
| 单位意见 | 单位负责人签章单位盖章年 月 日 |
| 招录基地审核 | (盖章)年 月 日 |
| 备注 |  |