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 |  | | | | | | | |