附件2

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：**

**开封市肿瘤医院**

2023年4月制

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 出生年月 |  | | 性别 | |  |
| 民族 | |  | | 职称 |  | | 执业（助理）医师资格证号码 | |  |
| 毕业院校及专业 | |  | | 最高学历、学位 |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | 参加  工作时间 | | 年 |
| **个人简历**(包括大学以上学习简历和主要工作简历) | | | | | | | | | |
| **学习**  **简历** | 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 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **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1/2年期培训任务）** |
| 本人签名：  年 月 日 |
| **所在科室推荐意见** |
| 负责人（签章）： （科室盖章）  年 月 日 |
| **所在单位意见** |
| 负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 |

注：请用仿宋小四号字填写，双面打印，此表1式4份。电子版发送至电子邮箱zlyyyzk@126.com。