附件

**洛阳市第一人民医院**

**非中医类别医师学习中医培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 近期一寸免冠照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 职称 |  | 执业（助理）医师资格证号 |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校 |  |
| 毕业专业 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| **学习及工作经历** |
| 起止时间 | 工作或学习地点 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人签名： 年 月 日 |