天津中医药大学第一附属医院

中医类别医师重新注册前培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 工作年限 |  |
| 毕业院校 |  | 所学系、专业 |  |
| 原执业级别 |  | 最高学历 |  |
| 原执业类别 |  | 身份证号 |  |
| 现从事职业 |  | 手机号码 |  |
| 拟培训专业 |  | 通讯地址 |  |
| 电子邮箱 |  | 医师资格证编码 |  |
| 身体和健康状况 |  | 执业医师证编码 |  |
| **个 人 工 作 经 历** |
| 时 间 | 单 位 | 技术职务 | 证 明 人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 原执业机构名称、地址及登记号 |  |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 |  |
| 其他需要说明的问题 |  |
| 拟执业机构名称、地址及登记号 |  |
| 拟执业机构级别、类别 |  |
| 拟执业机构意见 | 是否同意该学员来天津中医药大学第一附属医院脱产培训学习6个月：对该学员拟聘用的科目：  印 章 负责人（签字）： 年 月 日 |
| 拟执业机构联系方式 | 联系人姓名：联系人电话： |