**附件1：**

**培训申请表**

**姓 名：**

**进修科室：**

**选送单位：**

**单位联系电话：**

**单位电子邮箱：**

**个人联系电话：**

**个人通讯地址：**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **籍 贯** |  |
| **文化程度** | |  | **政治面貌** |  | **健康状况** | |  | |
| **参加工作**  **时 间** | |  | **所在科室** |  | **外语水平** | |  | |
| **专 业** | |  | **职 称** |  | **执业证**  **编号** | |  | |
| **学**  **历**  **及**  **工**  **作**  **经**  **历** | |  | | | | | | |
| **专**  **业**  **业**  **绩**  **及**  **获**  **奖** |  | | | | | | | |
| **选**  **送**  **单**  **位**  **意**  **见** | **负责人签名： 单位盖章：**  **年 月 日** | | | | | | | |
| **培**  **训**  **学**  **员**  **声**  **明** | **本人愿意在培训期间遵守江西中医药大学附属医院培训人员管理规定，并愿意承担不履行江西中医药大学附属医院相关规章制度所造成的责任和后果。**  **申请人：**  **年 月 日** | | | | | | | |

执业证复印件粘贴处（报到时请带原件）

|  |
| --- |
|  |

资格证复印件粘贴处

|  |
| --- |
|  |

身份证复印件粘贴处

|  |
| --- |
|  |

毕业证复印件粘贴处

|  |
| --- |
|  |