**附件2：**

**河北省中医院**

**学术传承高级研修班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 学历 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 何时毕业于何校何专业 |  |
| 专业技术职务 |  | 何时受聘 |  | 行政职务 |  |
| 已有医学专业学位 | 学士 硕士 博士 | 申请临床医学专业学位 | 硕士 博士 |
| 从事专业 |  | 从事本专业工作时间 |  |
| 专业特长 |  | 身体状况 |  |
| 工作单位 |  | 邮政编码 |  | 单位电话 |  |
| 家庭住址 |  | 住宅电话或手机 |  |
| 指导老师姓名 |  | 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **个人简历（可另附页）** |
| **以往在国内外公开发行期刊上发表的论文及成果奖励** |
| **申请从事传承学习的理由、是否能保证教学计划的完成** 签名：  年 月 日 |
| **指导老师意见（明确是否同意带该传承人）** 签名：  年 月 日 |
| **所在单位推荐意见（明确是否同意脱产）** 负责人（签章）： （单位盖章） 年 月 日 |
| **招生单位审核意见**负责人（签章）： （单位盖章） 年 月 日 |