附件2

淮南市第二期西学中培训申报表

**申 报 人：**

**工 作 单 位：**

**手 机：**

**淮南市卫健委**

**2025年1月**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | **电子照片** | | |
| 民 族 |  | | 出生年月 |  | |
| 最高学历 |  | | 学 位 |  | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  | |
| 身份证号码 |  | | | 行政职务 | |  | | |
| 职 称 |  | | 执业证书编码 |  | | | | |
| 从事专业及  方向 |  | | 从事临床专业工作时间 | | | | 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** |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| **申请人申报**  本人承诺：严格按照培训方案要求，完成相关培训课程，培训期间自觉遵守培训单位各项规章制度和国家法律法规，服从培训安排，把控安全风险，确保自身安全。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| **所在单位推荐意见**  负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| **县区级卫生健康委意见**（基层医疗机构）  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| **市级中医药主管部门审核意见**  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |