附件3：

江宁区西学中人才培养项目报名申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片（近期1寸正面半身免冠彩色照片） |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 出 生 地 |  |
| 参加工作时间 |  | 从业状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 最高学历学位及毕业院校、专业、时间 |  |
| 工作单位 |  |
| 最高卫生专业技术职务名称及获得时间 |  | 聘任时间 |  |
| 医师执业类别及执业范围 |  | 累计从事临床工作年数 |  |
| 现从事专业及开始时间 |  | 现所在科室名称 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 是否受过表彰、处分、医疗事故或严重差错 |  |
| 审批意见 | 所在单位意见（盖章）  年 月 日  | 江宁中医院意见（盖章）  年 月 日 |
| 区卫健委意见（盖章）  年 月 日 | 市卫健委意见（盖章）  年 月 日 |