附件：

交城县中医师承学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 |  | 1寸照片 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | | 学 历 |  |
| 邮 箱 |  | 住 址 |  | | | |
| 工作时间 |  | 联系电话 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | 职务 |  | |
| 专业专长 |  | | 专业方向 | |  | | |
| 个人简历 |  | | | | | | |
| 审核意见 | 签章：  年 月 日 | | | | | | |