

北京中医药大学台港澳中医学部中医执业医师资格
考试考前临床技能培训申请表

编号

填表日期

姓 名	中文		
	英文		
性 别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		
出生年月	年	月	日
身份证号			
来往通行证号			
学 历	本科 <input type="checkbox"/>		
	研究生(专业学位 <input type="checkbox"/> 科学学位 <input type="checkbox"/>)		
入学时间		所学专业	
毕业时间		毕业学校	
毕业证书编号			
户籍地住址			
现 住 址			
联系电话			
实习医院	东直门医院 <input type="checkbox"/> 西苑西苑 <input type="checkbox"/>		
E-Mail			
备注			