

学习及工作经历（包括本科以上学历、临床轮训经历、往届毕业生毕业前后经历）				
年月日至 年月日	单位名称	身份	证明人	联系方式
申请人 意见	<p>本人自愿申请参加广西中医药大学第一附属医院中医住院医师/中医全科医师规范化培训（培养），并遵守《培训合同》规定。</p> <p style="text-align: right;">签名 _____</p> <p style="text-align: right;">_____年__月__日</p>			
单位 证明 (历届生)	<p>该同志曾在我院进行临床工作 _____年/月。</p> <p style="text-align: right;">(单位盖章) _____</p>			
备注				

医务部联系方式: (电话) 0771-5848661/5893389 (邮箱) gzy8661@163.com

医 务 部 地 址: 医院办公楼五楼 (南宁市青秀区东葛路 89-9 号)

请认真如实填写相关资料, 如一经发现伪造, 后果自负。