附件1

|  |
| --- |
| **2020年全国高等中医药院校循证医学师资****研修班报名表****单位（盖章）：** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片粘贴处（两寸免冠照） |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | 职务/职称 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 是否需要发票 |  | 发票抬头 |  |
| 既往是否承担过循证医学或科研方法的教学 | □是 □否 |
| 主要工作经历及教学科研情况 |  |
| 培训期间拟试讲的题目 |  |
| 单位推荐意见 | 单位负责人签章：年 月 日 |