**附件：中国药科大学“药物政策与法规”高级研修班报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生  年月 |  | | | 正面免冠  彩色照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | | 政治  面貌 |  | | |
| 身　份　证　号 | |  | | | | | | |
| 工　作　单　位 | |  | | | | | 职务 | |  |
| 学位授予单位、  专业及时间 | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | E-mail | |  | | | |
| QQ号 | |  | | 微信号 | |  | | | |
| 个人简历（从大学学习填起） | | | | | | | | | |
| 起止年月 | | 学习或工作单位 | | | | | | 职务/职称 | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| 学员承诺 | | 本人承诺上述填报信息属实，如有不实，责任自负！  签字：  年月日 | | | | | | | |
| 学员所在工作单位审核意见 | | 审核人：（公章）  年月日 | | | | | | | |
| 招生单位审核意见 | | 审核人：（公章）  年月日 | | | | | | | |

**（备注：报名表一式两份，经单位人事部门同意盖章后，与学位证书一同扫描，5月30日前将扫描的电子版发到邮箱**[**zgydpxb@126.com**](mailto:zgydpxb@126.com)**）**