**附件1：**

新西兰中医学院2024年秋季学期研修计划项目报名表

|  |
| --- |
| 基本信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 学院 |  | 出生年月 |  |
| 专业 |  | 政治面貌 |  |
| 学号 |  | 邮箱 |  |
| 电话 |  | 外语水平 |  |
| 获奖经历及申请理由 | 申请人签名： 日期： 年 月 日 |
| 家长意见  | 家长签字： 日期： 年 月 日 |
| 学院意见 | 负责人签字（盖章）： 日期： 年 月 日 |
| 学校意见 | 负责人签字（盖章）： 日期： 年 月 日 |