



课程选择 (请在□内打√) PROGRAM SELCTION (PLEASE TICK✓)					
<input type="checkbox"/>	中医硕士学位 (中文) - 与南京中医药大学联办				
<input type="checkbox"/>	中医博士学位 (中文) - 与南京中医药大学联办				
<input type="checkbox"/>	中医硕士学位 (中文) - 与广州中医药大学联办				
<input type="checkbox"/>	中医博士学位 (中文) - 与广州中医药大学联办				
照片					
个人资料 PERSONAL DETAILS					
英文姓名 (同护照)			华文姓名		
身份证号码		国籍		出生日期	
性别 Gender	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		婚姻状况: <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异		
学历 (非中医)	最高教育程度	<input type="checkbox"/> 博士 PhD <input type="checkbox"/> 硕士 Master <input type="checkbox"/> 学士 Degree <input type="checkbox"/> 大专 Diploma <input type="checkbox"/> 高中 A Level <input type="checkbox"/> 初中 O Level <input type="checkbox"/> 中职技校 ITE <input type="checkbox"/> 其它 Others			
	毕业院校			毕业年份:	
学历 (中医)	学历证书			<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 兼读制	
	毕业院校		课程时间 Year Attended	_____年 至_____年	
职业 (非中医)	公司名称			职位	
行医资料	诊所名称			职位	
	诊所地址			行医年资	_____年
参加的中医团体	团体名称			担任职务	
	团体名称			担任职务	
邮寄地址	邮编				
电话			电邮		
其它 OTHERS					
您如何了解到新加坡中医学院 HOW DID YOU FIND OUT ABOUT US?					
<input type="checkbox"/> 报纸 newspaper <input type="checkbox"/> 学院网站 Website <input type="checkbox"/> 电台 Radio <input type="checkbox"/> 朋友推荐 Recommendation <input type="checkbox"/> 电子邮件 Email Direct Mailer <input type="checkbox"/> 招生资料 flyer <input type="checkbox"/> 网络广告 online advertisement <input type="checkbox"/> 横幅广告 Banner <input type="checkbox"/> 其它 others _____					
申请人申明 DECLARATION BY APPLICANT					
1. 余谨声明, 以上填报资料, 均属事实。我同意并授权学院审核以上资料。 I hereby declare that all the particulars furnished by me in this application are true and correct. I authorize any investigation of the above information for the purpose of verification.					
2. 我明白报名费恕不退还不转让。 I understand that the application fee is non-refundable and non-transferable.					
3. 我同意接收从新加坡中医学院打给我的电话、短信与电邮。 I agree to receive phone call、text and email from SCTCM. This consent overrides any registration with the DNC registry.					
4. 我同意在此申请表中提供的所有个人资料, 包括身份证/护照复印件, 将可以用于课程行政管理。 I consent to all personal data provided in this application (including the photocopy of NRIC/Passport and education certificate) to be used by Singapore College of Traditional Chinese Medicine Limited for the purpose of course administration.					
签名 Signature			日期 Date		
仅供办公室填写 FOR OFFICE USE ONLY					
报名费	收据号		经办职员	日期	