



课程 Course

中医师注册资格考试科目重修班

照片
Photo

个人资料 PERSONAL DETAILS

英文姓名 (同护照) Name as per Passport		中文姓名 Name in Chinese	
身份证号码 NRIC/Fin No		国籍 Nationality	出生日期 DOB
证件类型 Type of Pass Holder	<input type="checkbox"/> 工作证 EP/SP/WP <input type="checkbox"/> 长期居留证 LTVP <input type="checkbox"/> 家属证 DP <input type="checkbox"/> 其它 Others: _____		有效期 Expiry Date
性别 Gender	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	婚姻状况 Marital Status: <input type="checkbox"/> 单身 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 离异 Divorced	
最高学历 Highest Qualification	<input type="checkbox"/> 博士 PhD <input type="checkbox"/> 硕士 Master <input type="checkbox"/> 学士 Degree <input type="checkbox"/> 高级文凭 Advanced Diploma <input type="checkbox"/> 文凭 Diploma		
毕业院校 Name of Institution	<input type="checkbox"/> 全日制 Full-time <input type="checkbox"/> 兼读制 Part-time	课程时间 Year Attended	_____ 年 (Y) 至 to _____ 年 (Y)
公司名称 Name of Company	<input type="checkbox"/> 一年内是否有全职工作 do you have a full-time job within the past 1 year?		职位 Occupation
邮寄地址 Mailing Address		邮编 Post Code	
手机 Mobile	电邮 E-mail		

其它 OTHERS

您如何了解到新加坡中医学院 HOW DID YOU FIND OUT ABOUT US?

- 报纸 newspaper
 学院网站 Website
 电视 TV
 YouTube
 Facebook
 朋友推荐 Recommendation
 招生资料 flyer
 网络广告 online advertisement
 横幅广告 Banner
 其它 others _____

学习目的 OBJECTIVE OF STUDY

- 成为中医师 To be TCM Practitioners
 其他 Others

申请人申明 DECLARATION BY APPLICANT

- 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.
- 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.
- 我同意接收从新加坡中医学院给我的电话、短信与电邮, 不论我是否在网上注册了 DNC。
I agree to receive phone call, text and email from SCTCM. This consent overrides any registration with the DNC registry.
- 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.
- 我明白如患有 B 型肝炎、色盲、爱滋病、癫痫与肺结核将不得入学。
I understand that I will not be able to be admitted if I have Hepatitis, Colour Blindness (complete or partial), HIV, Epilepsy, and Active TB.

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
-----	-----	------	----