



## 新加坡中医学院

新加坡中医师公会主办

SINGAPORE COLLEGE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

640 Toa Payoh Lorong 4, Singapore 319522

www.singaporetcm.edu.sg

T: (65) 6250 3088 F: (65) 63569901

E: admin@singaporetcm.edu.sg

## 报名表

Application Form

课程选择 (请在□内打√) PROGRAM SELCTION (PLEASE TICK✓)			
<input type="checkbox"/> 中医专业文凭升中医专业高级文凭(中文)- 兼读间制二年 ADVANCED DIPLOMA IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE (ENHANCE LEVEL)(CHINESE) – 2 Years Part Time			照片 Photo
个人资料 PERSONAL DETAILS			
英文姓名 (同护照) Name as per Passport		华文姓名 Name in Chinese	
身份证号码 NRIC/Fin No	国籍 Nationality	出生日期 DOB	
准证类型 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"/> 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 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
国外地址 Overseas Address			
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?			
<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 _____			
学习目的 OBJECTIVE OF STUDY			
<input type="checkbox"/> 成为中医师 To be TCM Practitioners <input type="checkbox"/> 成为其他类中医人才 To engage in other TCM related Professionals <input type="checkbox"/> 养生保健 For Health Maintenance <input type="checkbox"/> 掌握一技之长 To learn a skill <input type="checkbox"/> 业余爱好 As a hobby			
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.			
5. 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, Color 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