红河哈尼族彝族自治州第三人民医院

限制类医疗技术规范化培训申请表

**技 术 名 称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**姓 名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选 送 单 位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**联 系 电 话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**报到时间:**  **年** **月** **日**

**结束时间：** **年** **月** **日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | **照 片** |
| 民 族 |  | 执业范围 |  | 从事专业 |  |
| 最高学历 |  | 职 称 |  |
| 任职年限 |  | 科 室 |  |
| 申请培训技术 |    科 个月 |
| 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书编号 |  |
| 现工作单位、地址 |   | 电子邮箱  |  |
| 邮 编 |  | 联 系电 话 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 主 要学习及工作简历 |  |
| 本人专业水平与培训需求 |  申 请 者 签 名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 选 送 单 位 意 见 |  负责人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 部门：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （单位盖章） \_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
|  接收基地审核意见 |  科主任签名: （盖章）\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
|  接收医院审核意见 |  （盖章）\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |

**填表说明：**

**为保证培训人员质量，根据本院要求，此表必须由派送单位签署意见后加盖单位公章。并附：申请人培训申请表、学历证书、学位证书、医师资格证书、医师执业证书、职称证及身份证的复印件，以便进行资格审核。材料不全，我院将不予受理。**