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。**