附件1

****

**茂名市人民医院**

**神经血管介入诊疗技术培训申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 |  |
| 科 室 |  |
| 选送单位 |  |
| 单位等级 |  |
| 个人电话 |  |
| 申请专业 |  |
| 填表日期 |  |

**培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  | 2寸彩照 |
| 选送医院 |  | 申请专业 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机电话 |  |
| 教育背景 | 自何年月起 | 至何年月止 | 学校 | 学历、学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作简历 | 自何年月起 | 至何年月止 | 工作单位及部门 | 职称、职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 培训目的和需求 |  |
| 开展工作简况 |  |
|  选送单位意见 |   （签 章） 年 月 日 |
| 培训中心意见 | （签 章） 年 月 日 |