楚雄州人民医院 技术临床应用规范化培训

基地培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | 　 　  | 照片（加盖医院公章） |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作单位名称 |  | 工作单位级别 |  | 参加工作时间 |  |
| 专 业 |  | 最高学历/学 位 |  | 最高职称 |  |
| 工作科室名称 |  | 所在科室是否开展该技术 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 单位通讯地址邮编 |  | 个人联系方式 | 手机： |
| 单位联系电话 |  | 邮箱： |
| 主要工作经历 | 时 间 | 工 作 单 位 | 职称/职务 |
|  |  |  |
| 申报单位意见 | （盖章）　　　　　 年 　 月 　 日 |
| 培训单位审批意见 | （盖章）　　　　　 年 　 月 　 日 |

注：请认真、完整、准确地填写相关信息，并打印、加盖医院公章后方有效。