

附件 1

限制类诊疗技术培训基地学员报名表

姓 名		性 别		(1 寸免冠正面 彩色照片)
出生年月		民 族		
身份证号		执业范围		
职 称		职 务		
医师资格 证书编码		医师执业 证书编码		
单位通讯地址			邮 编	
最后学历	毕业时间	毕业院校	专 业	学 位
联系电话				
电子邮箱				
现从事专业		培训专业		
工作简历	起止年月	单 位		

学历经历	起止年月	单 位
从事相关限制类医疗技术工作经历		
工作单位意见	(盖章) 年 月 日	
培训基地意见	(盖章) 年 月 日	