附件1

**云南省曲靖中心医院**

**限制类医疗技术规范化培训申请表**

姓 名

学习专业

单位名称

联系电话

电子邮箱

填表日期

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |   | 照片 （2寸彩色照片） |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | 职称 |  |
| 身份证号 |  | 最高学历 |  |
| 医师资格证编码： | 医师执业证编码： |
| 现从事专业 |  | 从事现专业时长 |  |
| 家庭住址 |  |
| 紧急联系人 |  | 紧急联系人 电 话 |  |
| 申请学习 专 业  |   |
| 最高学历 | 毕业院校 | 时间 | 专业 | 学制 | 学历 |
|   |  |  |  |  |
| 工作简历 | 工作单位名称 | 起止时间 | 专业 | 职称 |
|  |  |  |  |
|  |   |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请人单位意见 | **该同志符合招生简章中学员资质要求，同意该同志参加**  **（限制类医疗技术培训项目名称）专业学习。**签名（盖章）： 年 月 日  |