北京大学肿瘤医院云南医院

云南省肿瘤医院 昆明医科大学第三附属医院

限制类医疗技术培训申请表

申请培训专业类别**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

姓 名**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

选 送 单 位**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

联 系 电 话**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

报到时间: 年 月 日

结束时间： 年 月 日

北京大学肿瘤医院云南医院

云南省肿瘤医院 昆明医科大学第三附属医院制

填表须知

**1.** 填写申请书前，请认真阅读填报说明。

**2.** 请认真填写表格。

**3.** 请准确填写电话号码、工作单位地址、邮编、电子 邮箱等，培训完成后证书的发放将以此为依据。

**4.** 培训结束时，若电话号码或单位变更的请及时告知 工作人员。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | |
| 申请培训专业类别 | | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | 系 话 联 电 |  | | |
| 主 要 学 习 工 作 简 历 | 起 止 年 月 | | | | | | | | 学 校 **/** 单 位 名 称 | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 单 位 审 核 意 见 | (盖章) \_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_ 日 | |

填表说明：

为保证培训质量，此表须由选送人员主管部门签署意见加盖单位公章，并附申请人相 关证书复印件，注明“原件已审”，证书不全者将无法办理培训登记。