**昆明市儿童医院**

**限制类医疗技术规范化培训申请表**

**技 术 名 称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**昆明市儿童医院制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | |
| 申请培训技术 | | | | 科 个月 | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | 联 系 电 话 | |  | | |
| 主 要 学 习 工 作 简 历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 选 送 单 位 意 见 | 负责人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  部门：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （单位盖章）  \_\_\_\_\_\_\_\_\_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（请双面打印），并附申请人执业证、资格证及职称证复印件，证书不全者将无法办理培训登记。**

**报名联系方式：0871-63309023 孙老师**