**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**